



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Avaliação e Prescrição de Exercício para Pessoas Idosas inscritas em Instituições Particulares de Solidariedade Social do Concelho de Ourém

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do grau de Mestre na especialidade de Exercício e Saúde – Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais

Orientadora

Professora Doutora Maria de Fátima Marcelina Baptista

Júri:

Presidente

Prof. Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Vogais

Prof. Doutora Maria de Fátima Marcelino Baptista

Prof. Doutora Diana de Aguiar Pereira dos Santos

Carolina de Carvalho Pereira

2017

AGRADECIMENTOS

A realização deste relatório contou com importantes apoios e incentivos que sem os quais não teria sido possível a sua realização, e a quem quero agradecer por me terem ajudado a cumprir o meu objetivo profissional.

Em primeiro lugar, e tendo a perfeita consciência de que, sozinha, nada teria sido possível, dirijo um agradecimento especial aos meus pais pelo apoio que me deram, não só nesta fase final do curso mas também ao longo dos anos da minha educação, servindo-me de exemplo de perseverança e dedicação.

Quero também agradecer à professora Doutora Maria de Fátima Marcelina Baptista, pela orientação que me deu, por todas as opiniões, pela total disponibilidade e paciência ao longo destes meses.

Às funcionárias dos Centros de Bem-Estar Social do concelho de Ourém, onde os inquéritos foram aplicados, pela preciosa cooperação prestada ao meu trabalho.

Um agradecimento especial à equipa técnica da CMO, Dr^a Ana Saraiva e Dr^a Vânia Oliveira, minha orientadora e coorientadora, respetivamente, pelo apoio, disponibilidade e esclarecimentos que sempre me proporcionaram durante o estágio nas Instituições Particulares de Solidariedade Social.

A todos os meus amigos, que me acompanharam e me deram sempre muita força durante este percurso, em especial nesta fase final.

RESUMO

Equilíbrio, força e agilidade são capacidades físicas determinantes na realização das atividades diárias de forma autónoma e segura das pessoas idosas. Avaliar a funcionalidade, a mobilidade e o risco de queda é fundamental para adotar estratégias de manutenção/melhoria das capacidades físicas determinantes na preservação da funcionalidade e qualidade de vida de utentes de instituições, pelo que neste trabalho se efetuou uma revisão de literatura sobre envelhecimento, funcionalidade, qualidade de vida e atividade física.

Aplicou-se um questionário a 142 pessoas, utentes de instituições particulares de solidariedade social (IPSS) de Ourém, com mais de 65 anos, relativamente à sua funcionalidade, mobilidade e risco de queda através da bateria *Short Physical Performance Battery* e de questionários *Composite Physical Function Scale*. Implementou-se igualmente um programa de exercício com a duração de 38 semanas num grupo mais reduzido de participantes, utentes (21 participantes) do Centro Social da Atouguia. Neste grupo utilizou-se a Bateria *Senior Fitness Test* antes e após a implementação do programa de exercício físico.

Os resultados evidenciam que a maioria dos utentes das IPSS do concelho de Ourém apresenta uma baixa funcionalidade física para a realização das atividades físicas da vida diária e que o programa de exercício melhora a aptidão física.

Palavras-chave: pessoas idosas; envelhecimento; IPSS; exercício físico; funcionalidade; mobilidade; risco de queda; saúde; qualidade de vida; estratégias.

ABSTRAT

Balance, strength and agility are determining physical abilities to the autonomous and safe daily tasks and of the elderly. Evaluating functionality, mobility and risk of falling is fundamental to adopt strategies of maintenance / improvement of the physical capacities which are determinant in the preservation of the functionality and quality of life of elderly living in institutions. Therefore, a review of the literature of authors that analyze concepts such as aging, functionality, quality of life and physical activity was done.

A questionnaire was applied to 142 people, users of private social solidarity institutions (IPSS) of Ourém, over 65 years old, regarding their functionality, mobility and risk of fall through the battery *Short Physical Performance Battery* and *Composite Physical Function Scale* questionnaires. A 38-week exercise program was also implemented in a smaller group of 21 participants, users of the Atougua Social Center. In this group was used the *Senior Fitness Test Battery* before and after the implementation of the physical exercise program.

The results show that the majority of IPSS users in the municipality of Ourém have low physical functionality to perform physical activities of daily living and that the exercise program improves physical fitness.

Key words: elderly; aging; IPSS; physical exercise; functionality; mobility; risk of falling; health; quality of life; strategies.

ÍNDICE GERAL

I.	Agradecimentos.....	I
II.	Resumo.....	II
III.	Abstract.....	III
1.	Introdução.....	1
2.	Enquadramento teórico	
	- Envelhecimento e declínio funcional.....	4
	- Qualidade de vida e funcionalidade.....	7
	- Exercício físico na promoção da funcionalidade	9
3.	Instituição de acolhimento e enquadramento da prática profissional	
	3.1 Câmara Municipal de Ourém.....	14
	3.2 Atividades e serviços da Câmara Municipal de Ourém	16
IV.	Atividades realizadas durante o estágio	
	4.1 Plano de estágio.....	18
	4.1.1 Objetivos gerais.....	18
	4.1.2 Áreas de intervenção.....	19
	4.1.3 Planeamento temporal.....	19
	4.2 Descrição das atividades realizadas.....	19
	4.3 Análise de limitações nas áreas de desempenho.....	21
V.	Avaliação da aptidão física de pessoas idosas institucionalizadas	
	5.1 Participantes.....	22
	5.2 Metodologia.....	22
	5.3 Resultados	24
	5.4 Proposta de melhoria nas áreas de desempenho	30
VI.	Conclusões.....	36
VII.	Referências	38
VIII.	Anexos.....	42

ANEXOS

Anexo I – Organograma do Município de Ourém.....	42
Anexo II – Programa de Desporto do Município de Ourém.....	43
Anexo III – Relatório de avaliação da aptidão física.....	44
Anexo IV – Proposta de sessão de exercício	45
Anexo V- Questionário sobre funcionalidade, mobilidade e risco de queda.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Percentagem de participantes (n total = 142) que reportaram conseguir ou não realizar as atividades básicas (ABVD), instrumentais (AIVD) e avançadas da vida diária	25
Figura 2 – Organograma do Município de Ourém	42
Figura 3 – Relatório de avaliação da aptidão física	44
Figura 4 – Questionário sobre funcionalidade, mobilidade e risco de queda	49

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Aptidão física de acordo com o funcionamento físico -género masculino	26
Tabela 2. Aptidão física de acordo com o funcionamento físico – género feminino	26
Tabela 3. Aptidão física antes e após um programa de exercício com 38 semanas de duração.	28
Tabela 4. Programa de desporto do Município	43
Tabela 5. Proposta de sessão de exercício I	45
Tabela 6. Proposta de sessão de exercício II	47

1 - INTRODUÇÃO

Em 1960, Portugal foi considerado um país demograficamente jovem, mas, 40 anos depois, o número de pessoas idosas superou o de jovens, tornando o panorama muito preocupante com o índice de envelhecimento a crescer de forma acentuadamente rápida. Segundo a análise comemorativa do Dia Mundial da População, do Instituto Nacional de Estatística (INE), a 11 de julho de 2015,

“O envelhecimento demográfico traduz alterações na distribuição etária de uma população expressando uma maior proporção de população em idades mais avançadas. Esta dinâmica é consequência dos processos de declínio da natalidade e de aumento da longevidade e é entendida internacionalmente como uma das mais importantes tendências demográficas do século XXI. As alterações na composição etária da população residente em Portugal e para o conjunto da UE 28 são reveladoras do envelhecimento demográfico da última década. Neste contexto, Portugal apresenta no conjunto dos 28 Estados Membros:

- o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento;
- o 3º valor mais baixo do índice de renovação da população em idade ativa;
- o 3º maior aumento da idade mediana entre 2003 e 2013.”

(Portal do INE, 10/7/2015)

A análise destes dados do INE leva à conclusão de que a população portuguesa está a estagnar, a envelhecer e com falta de ativos para suportar os custos do envelhecimento. E esta é a realidade a enfrentar pois o envelhecimento é um processo inevitável.

Em consequência deste fenómeno, muitas outras questões se levantam nas mais variadas áreas, nomeadamente na vertente social: como (con)viver com a crescente população idosa? A realidade social atualmente não é a mesma do século passado, as mentalidades adaptaram-se às alterações económicas e sociais; as gerações mais idosas não ficam rotativamente em casa de cada filho até morrerem. A vida quotidiana não deixa os filhos terem tempo e disponibilidade para tomar conta dos seus progenitores e as Instituições Públicas de Serviço Social (IPSS), lares ou residenciais seniores tornaram-se o mais rentável negócio do futuro, enquanto espaço de vida alternativo.

Paralelamente a este fenómeno social, um outro aparece: o aumento da esperança média de vida, resultado da melhoria das condições de vida e do avanço científico e tecnológico verificado no século XX.

Esta atual tendência tem suscitado maior interesse no estudo do tema da qualidade de vida, usando-o como variável na área da saúde. Deste modo, a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento tornou-se um tema recorrente dado o potencial interesse por parte das instituições de apoio à população idosa; estas têm como principal preocupação a capacidade de proporcionar aos utentes a melhor forma de vivenciarem os seus últimos anos de vida¹.

Veríssimo (2002), na sua teoria sobre o ciclo de vida, chama particular atenção às últimas fases, a 7ª e a 8ª, como sendo as que centram a questão psicológica do adulto: a preocupação de orientar a próxima geração, assumindo responsabilidades sociais e comunitárias e parentais que lhes impeçam o aparecimento de sentimentos de estagnação, futilidade, peso incómodo aos familiares, perda de confiança e autoestima e desespero – psicopatias contrárias ao sentido de integridade e satisfação do indivíduo que sente aproximar o fim da vida.

Os adultos que se sentem menos bem preparados para enfrentar os últimos anos de vida têm dificuldade em suportar-se a si próprios e em suportar os outros, avaliando a vida que tiveram como um fracasso e reduzindo a sua própria qualidade de vida, que passa pela capacidade de se mover independentemente de terceiros (Jesuíno, 2012).

O envelhecimento da população e o aumento da longevidade obrigam a sociedade à aplicação de novos recursos que implementem medidas preventivas e curativas das psicopatias anteriormente referidas porque a velhice deve ser encarada como um processo biológico e não uma doença. Por esse motivo, a capacidade funcional das pessoas idosas deve ser promovida por todos os intervenientes do processo de envelhecimento, nomeadamente pelas IPSS's ou lares de terceira idade, familiares e pelos próprios utentes.

A capacidade funcional de uma pessoa idosa avalia-se pelo seu equilíbrio, a força e a agilidade, capacidades físicas determinantes para a realização das atividades do dia-a-dia de forma independente e segura, como por exemplo tratar da casa, subir escadas, carregar objetos, levantar/sentar de uma cadeira, entrar/sair de um veículo, andar a pé para ir às compras, tratar de assuntos quotidianos ou simplesmente para passear. Um número significativo de pessoas idosas apresenta geralmente dificuldade na realização destas atividades ou a sua realização é acompanhada de risco de queda. A avaliação da

¹ Decreto-Lei n.º 119/83, de 25 de Fevereiro – Aprova o Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social, que define o regime jurídico a que se encontram sujeitas as instituições que possam ser qualificadas como instituições particulares de solidariedade social.

funcionalidade, da mobilidade e do risco de queda revela-se assim relevante para a adoção de estratégias que visem a manutenção/melhoria das capacidades físicas mais determinantes tendo em vista a preservação da qualidade de vida, nomeadamente de utentes institucionalizados.

A prática de exercício, na forma de atividade física, revela-se uma coadjuvante essencial no combate à degeneração progressiva associada ao envelhecimento, comportando benefícios na capacidade de mobilidade e de prevenção do risco de queda, mas, e igualmente importante, como combate ao sedentarismo e aos fatores de risco de doenças cardiovasculares (DCV), à promoção de bons hábitos de vida, a uma melhor ocupação dos tempos livres, a uma vida mais feliz pela convivência com os outros e pela autoestima que se ganha pela consciência de que, apesar de velho, não se está totalmente dependente de outros, nem à espera, passivamente, da morte.

Apresentada a temática da dissertação, a questão que se pretende investigar é: a promoção da qualidade de vida na população idosa em Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) através da avaliação da funcionalidade física e da prática da atividade física.

O trabalho encontra-se dividido em diversas partes: uma introdução (I), onde é feita a apresentação genérica do presente documento; o enquadramento teórico (II) que inclui uma revisão sobre o envelhecimento e o declínio funcional, a qualidade de vida e a promoção da atividade física na terceira idade; a apresentação da Câmara Municipal de Ourém (III), nomeadamente as suas atividades e serviços; as atividades realizadas durante o estágio (IV), incluindo o plano de trabalho, os objetivos gerais, as áreas de intervenção e o planeamento temporal, assim como a descrição das atividades realizadas e a análise de limitações nas áreas de desempenho das pessoas avaliadas; a implementação das atividades (V), e os respetivos resultados (VI) com a população idosa de dez instituições de Ourém.

Apresentar-se-á também uma proposta de melhoria nas áreas de desempenho (b), em forma de planificação, que pode ser aplicada aos utentes institucionalizados de qualquer uma das instituições trabalhadas, apesar de ter por base a realidade observada e avaliada no Centro Social da Atouguia.

Depois da apresentação das conclusões deste trabalho, incluem-se ainda as referências bibliográficas e os respetivos anexos.

2 - Enquadramento teórico

Envelhecimento e declínio funcional

O fenómeno mundial do século XXI, está mais que assente em todas as sociedades, é o envelhecimento da população. Esta afirmação tem como base os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) no seu Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde (2015), que evidencia a ideia de que “pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver para além dos 60 anos”. Este é, no entanto, um fenómeno problemático, pois, segundo a mesma fonte, entre 2015 e 2020, a população idosa global duplicará de 12% para 22%, com consequências muito significativas a nível económico, social e político. Segundo a OMS (2015),

“Numa época de desafios imprevisíveis para a saúde, sejam devidos às mudanças climáticas, às doenças infecciosas emergentes ou a uma próxima bactéria a desenvolver resistência aos medicamentos, uma tendência é certa: o envelhecimento das populações está a evoluir rapidamente em todo o mundo.”

(Ibidem, prefácio)

O aumento da esperança média de vida deve ser encarado como um resultado do desenvolvimento, do avanço tecnológico e das melhorias das condições de vida: melhores condições sanitárias, de saúde, económicas, alimentares e o avanço da medicina. No seu conjunto, estes fatores justificam o aumento da longevidade, em especial nos ditos países desenvolvidos.

Portugal não é exceção. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2015), nos próximos 50 anos, o nosso país poderá manter os 10 milhões de habitantes, mas a tendência para o envelhecimento manter-se-á também, prevendo-se que em 2017 residam 3 pessoas idosas por cada jovem no território nacional, com a consequente diminuição da população ativa.

No entanto, não devemos confundir envelhecimento com longevidade. Almeida (2012) defende que, apesar de relacionados, os significados são distintos, sendo que a longevidade define a duração da vida de um organismo, dependendo da progressão do envelhecimento que lhe impõe um limite. Se o envelhecimento for lento, maior é a longevidade, mas esta pode-se definir, ou medir, através do momento da morte.

Deste modo, como definir o envelhecimento? Claramente, é um processo, com características no campo da saúde e cujo aumento da longevidade obriga à procura e aplicação de medidas e recursos, preventivos e curativos, contra o conseqüente aumento da morbilidade. Ainda Almeida (2012), aceita a definição de envelhecimento defendida por alguns autores que usam o termo “senescência” para referir a diminuição da capacidade funcional dos organismos, ou seja, a sua fragilidade. Esta é a suscetibilidade à doença e representa o declínio funcional – a base do conceito de envelhecimento: o declínio das funções dos organismos ou dos órgãos ou das células que o compõem. Este declínio tem como causas biológicas principais do envelhecimento os processos celulares da manutenção da vida e da sua preservação face ao meio ambiente.

Para Carvalho e Soares (2004), o envelhecimento é um processo que está associado a profundas alterações com repercussões na funcionalidade, mobilidade e saúde das pessoas idosas. Há, desta forma, uma perda progressiva da adaptabilidade fisiológica, tornando o organismo cada vez mais suscetível à vulnerabilidade.

Spiriduso et al. (2005), afirmam que o envelhecimento é um processo mais biológico e não tanto cronológico, indo de encontro à distinção que Almeida (2012) faz de envelhecimento e longevidade. Segundo os primeiros, o envelhecimento pode depender de fatores diversos como o género, o grupo étnico, a educação, cultura, condições socioeconómicas, hábitos de vida inadequados (consumo de drogas, álcool e tabagismo), má alimentação, ausência de atividade física e ainda outros como a herança genética. Por este motivo, pessoas da mesma idade podem apresentar traços de envelhecimento mais ou menos evidentes, pois os seus órgãos e sistemas envelhecem a ritmos diferentes.

Devem ter-se em conta fatores de peso primordial como a falência de aptidões físicas e intelectuais e a maior necessidade de mais, e mais constantes, cuidados de saúde, já que é na terceira idade que se observam os maiores problemas. Todas as opções que se fazem ao longo da vida irão influenciar o envelhecimento, a longevidade, a saúde, o bem-estar.

O processo de envelhecimento implica, pois, várias alterações ao nível dos determinantes biológicos que englobam os fatores genéticos, neurológicos, hormonais, anatómicos e fisiológicos, que poderão exercer influência na vivência do dia-a-dia das pessoas idosas, o que se reflete na sua qualidade de vida (Murphree & Neighbors, 2009). Os autores referem que a American Nurses Association distribui etariamente as

peessoas idosas em três grupos: idosos jovens, (64 a 74 anos), os meio-idosos (75 a 84 anos) e os muitos idosos (com mais de 85 anos). Adicionalmente, ainda identificam cinco padrões básicos característicos do envelhecimento e do consequente declínio funcional:

- Aumento da mortalidade;
- Alterações na composição do organismo, nomeadamente diminuição da massa corporal e aumento das gorduras;
- Alterações progressivas, de carácter degenerativo;
- Menor capacidade de adaptação a mudanças ambientais;
- Maior vulnerabilidade a múltiplas doenças.

Pinto e Botelho (2007), apresentam a teoria de que, além dos fatores genéticos, os fatores ambientais e comportamentais também exercem influência no processo de envelhecimento, já que o comportamento ou estilo de vida podem acelerar ou retardar o seu ritmo, aliado ao nível de *stress*, consumo de drogas, álcool e tabagismo, hábitos alimentares e de higiene, prática de exercício físico, bem-estar físico e psicológico. As autoras apontam ainda outros fatores, como os ambientais, mas chamam particularmente a atenção para o facto de envelhecer com qualidade depender também dos cuidados de saúde, da assistência médica e familiar e da capacidade individual de cada pessoa idosa reconhecer e viver a sua velhice com dignidade e qualidade de vida, de forma a prevenir o declínio funcional inevitável associado ao processo de envelhecimento.

Efetivamente, existe perda de massa muscular por volta dos 30 anos, ao mesmo tempo que se ganha mais índice de gordura corporal. Isto significa a perda de força e transformações físicas que se acentuam com o decorrer dos anos: a perda de flexibilidade, de agilidade, a perda de mobilidade articular e o aparecimento de lesões degenerativas como a osteoporose. Mais ainda, o sistema cardiovascular e o sistema pulmonar diminuem a sua capacidade de funcionamento, dificultando a circulação sanguínea. Deste modo, tarefas simples e recorrentes como tomar duche, vestir-se ou andar, tornam-se cada vez mais complicadas e difíceis, se não forem supervisionadas ou apoiadas por terceiros (Almeida, 2012).

Para além do nível físico, mais precisamente a saúde física, existem fatores sociais e psicológicos que influenciam o envelhecimento a nível físico e psicológico, que podem levar ao isolamento familiar e à exclusão social. Ao chegar à idade da

reforma, o sentimento de inutilidade e desinteresse geral evidenciam-se, o que pode proporcionar estados de depressão devido à perda de auto estima e motivação.

Considerando que a força muscular é o maior contribuinte da independência funcional do idoso, qual será, então, o papel desempenhado pelo sedentarismo? Como logicamente se perceberá, este estilo de vida associado a uma velhice solitária traz consequências desastrosas, tanto na componente de saúde física como na psicológica, comprometendo seriamente a qualidade de vida da pessoa idosa. Por isso, esta necessita de uma readaptação constante a uma nova realidade: muito tempo disponível, fraco sentido de utilidade e, muitas vezes, pouca disposição para a mudança.

Os comportamentos associados ao envelhecimento englobam a passividade e imobilidade com reduzida atividade física, criando os padrões de sedentarismo que, muitas vezes, são o resultado de imposições sociais e culturais, mais do que uma verdadeira incapacidade funcional (Carvalho & Mota, 2012). Os autores afirmam, ainda, que mais importante do que saber quantos anos se viverão, é saber como se envelhece, por isso, é necessário aprofundar a questão de como pode a atividade física afetar as dimensões mais subjetivas da natureza humana, como o bem-estar e a qualidade de vida, apresentando esta atividade como elemento potenciador na medida em que o nível de independência funcional da pessoa idosa, ou da sua qualidade de vida, está diretamente dependente do seu grau de autonomia na realização das tarefas básicas diárias.

Qualidade de vida e funcionalidade

A funcionalidade pode ser entendida como a capacidade pessoal de desempenhar determinadas atividades ou funções, recorrendo a habilidades diversas para a realização de cuidados pessoais, interações sociais, atividades de lazer e outros comportamentos necessários do dia-a-dia. De modo geral, avaliar a funcionalidade representa uma maneira de medir se uma pessoa é ou não capaz de desempenhar, de forma independente, as atividades necessárias para cuidar de si mesma no seu ambiente doméstico. (Duarte et al., 2007).

Como já referido, a longevidade tem vindo a aumentar nas últimas décadas, pelo que fatores como a qualidade de vida devem acompanhar essa tendência,

nomeadamente como um dos objetivos a alcançar ao longo da vida. A atual tendência para o aumento da esperança média de vida tem suscitado maior interesse no estudo do tema da qualidade de vida; em diversas áreas de investigação têm-se desenvolvido esforços transversais na tentativa de aprofundar os conhecimentos já existentes e descobrir muito mais, em especial na área da saúde, na tentativa de responder de forma eficaz aos pertinentes desafios relacionados com o crescente crescimento do número de pessoas idosas.

Efetivamente, não é fácil encontrar uma definição-padrão de qualidade de vida, o termo aparece com diversas aplicações consoante o género de literatura que se procure, sendo frequentemente associado à saúde e às suas consequentes condições, refletindo também outros fatores como o momento histórico, a classe social dos indivíduos e a cultura a que pertencem.

A Organização Mundial de Saúde, OMS, (WHOQOL Group, 1995) apresenta uma definição de qualidade de vida que contempla a influência da saúde física e psicológica dos indivíduos, a sua vida social, o seu grau de independência, o seu relacionamento com os outros e à sua capacidade subjetiva, ou objetiva, de autoavaliar a sua qualidade de vida.

Cardoso, (2004), considera que a qualidade de vida, refletindo uma perceção individual e subjetiva dos vários domínios da vida, depende de vários fatores, como os apresentados pela OMS, acrescentando, ainda, uma dependência ao nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais.

Lucas et al. (2008), referem que os conceitos de qualidade de vida, existentes em literatura diversa, apresentam alguns pontos em comum: a saúde, o relacionamento social, as condições físicas e psicológicas e as consequências dos conflitos/problemas destes pontos derivados, nomeadamente o que diz respeito ao envelhecimento.

Carvalho e Mota (2012) referem que o envelhecimento populacional requer medidas, iniciativas e intervenções no sentido de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas e de assegurar a sua (re)integração na sociedade. É necessário entender o processo de envelhecimento e os efeitos da senescência para garantir a vivência do final de vida de forma autónoma e qualitativamente positiva.

Os padrões que marcam as normas de conduta social vão-se aproximando cada vez mais do lema de se ter uma vida saudável e maior qualidade de vida, considerando a atividade física como um elemento a incluir na forma de viver e nos hábitos diários. Se

o corpo é o instrumento que permite que uma pessoa se desloque, se relacione e se expresse no seu meio social, é justo que se deva cuidar bem dele.

Em suma, a atividade física é muito importante para a qualidade de vida das pessoas idosas, pois, através dela, consegue-se melhorar os índices de saúde, combater os efeitos do processo de envelhecimento, para que a pessoa idosa possa manter uma vida ativa, ser independente e socialmente participativa. A prática de atividade física afeta também a área psicossocial, onde podemos destacar a diminuição do *stress*, da ansiedade, da depressão, aumento da autoconfiança, da autoestima e da socialização. Com a manutenção da saúde nesta faixa da população, também os gastos com a saúde pública, serão significativamente menores (Porto, 2008).

Exercício físico na promoção da funcionalidade

O envelhecimento é uma fase que gera grandes transtornos em decorrência das mudanças que ocorrem no organismo. Para muitas pessoas idosas essas mudanças são de difícil aceitação.

No processo de envelhecimento, a atividade física tem sido, cada vez mais distinguida como um suplemento importante de modo a facilitar e ajudar a degeneração progressiva. A prevenção, a manutenção, a reabilitação e a recreação acabam por ser os quatro fatores base da mesma, tornando-se assim, num método reforçador da qualidade de vida desta faixa etária.

Chegando a esta altura da vida, cada pessoa está sujeita a alterações físicas e motoras, por isso, cada pessoa idosa se apercebe mais das suas limitações que, por vezes, impossibilitam a realização de pequenas tarefas do dia-a-dia. Posto isto, muitos são os que deixam por completo de fazer o que lhes dá alegria e vontade de viver, por exemplo, brincar com os netos ou simplesmente conviver e rever velhos conhecidos, deixando que as suas vidas se tornem monótonas e desmotivantes. Assim, é importante que as pessoas idosas passem por essa etapa da vida com autonomia, sabendo lidar com essas mudanças no corpo e aproveitando essa fase da melhor maneira possível. A atividade física neste âmbito é, por isso, essencial para que a população idosa se possa sentir bem, autoconfiante e autónoma, dando-lhes a qualidade de vida necessária para um melhor gozo dos seus últimos anos.

A pessoa idosa necessita de valores mínimos que lhe permitam realizar as tarefas diárias com o mínimo de fadiga, de modo a reservar energia para outras atividades de lazer; simultaneamente, deve estar apto a um rápido restabelecimento de uma doença e tentar minimizar os riscos de novas doenças, ao mesmo tempo que deve tentar promover um sentido de bem-estar e de existência pessoal. (Carvalho & Mota 2012).

Apesar de haver um consenso generalizado quanto às afirmações anteriores, a realidade é que as pessoas idosas tendem a adotar estilos de vida sedentários com base em crenças sociais e culturais que se justificam dizendo que o exercício é inadequado a esta faixa etária, juntamente com a falta de autoestima das pessoas idosas que se acham incapazes de o praticar ou de terem uma vida mais ativa. Não esquecer também, que as pessoas idosas portuguesas são o resultado de uma geração que não foi educada para a prática do desporto, enquanto jovens e adultos ativos, ou, na sua maioria, não tiveram oportunidade para o fazerem por falta de tempo. É necessário, primeiramente, mudar as mentalidades e prepará-las para as vantagens da mudança de hábitos e estilos de vida.

É muito importante que as pessoas idosas consigam desempenhar as suas tarefas diárias, mas estas só poderão ser bem realizadas se houver um bom funcionamento dos músculos, dos ossos e das articulações. A melhor forma de garantir esse bom funcionamento será, além de uma dieta equilibrada, a manutenção de um programa de exercício físico regular, orientado por profissionais competentes e suficientemente preparados para trabalhar com indivíduos de terceira idade, de modo a evitar práticas incorretas ou inadequadas que comprometam seriamente a saúde das pessoas idosas.

Para que se possam verificar os benefícios na área da saúde, e da qualidade de vida, decorrentes da prática da atividade física na terceira idade, o ideal seria que as pessoas idosas encetassem um programa de exercícios de intensidade moderada de 150 minutos semanais, segundo recomendação da OMS (2015). No entanto, estas orientações são difíceis de seguir, pelo que uma frequência mínima de exercício seria já benéfica desde que combinassem a frequência semanal, a intensidade e o tempo aplicado na sua realização (Hupin et al., 2015). O pouco torna-se muito pois mesmo um nível baixo de atividade física é aceitável, quando se trata da população mais idosa, com grande impacto na realização das atividades diárias.

Lakes et al., (2016) num estudo acerca do tipo de exercício aplicável a esta faixa etária, chamam a atenção para o papel da dança, não só a nível de manutenção e promoção dos níveis de funcionalidade, mas, principalmente, pela exigência da

intrínseca interação social que comporta, com um grupo ou com um parceiro. Esta é uma das mais exigentes atividades sociais, desenvolvendo capacidades físicas e mentais, bem como comportamentos sociais. Esta atividade permite grandes melhorias na *performance* das atividades diárias, mais ainda do que as mais simples atividades físicas. A dança é geralmente acompanhada de música, por movimentos sequenciais, por isso, requer altos níveis de atenção, memória e coordenação.

Carvalho e Mota (2012), apresentam linhas orientadoras a ser consideradas no desenvolvimento das estratégias de promoção da atividade física:

- O entendimento de que o envelhecimento não deve ser considerado uma doença. Esta suposição por parte da pessoa idosa é negativa e conducente à depressão e não-aceitação da sua condição, finalizando em exclusão social. Deste modo, o promotor da atividade física deve iniciar a sua proposta com incentivos e reforços positivos, com o objetivo de conseguir a adesão e participação voluntária e predisposta da pessoa idosa;
- A garantia de que velhice não é sinónimo de sedentarismo. A integração social e ativa de pessoas idosas em grupos, é bastante proveitosa do ponto de vista físico e psicológico pois a convivência com os seus pares prepara esta população para a última fase da vida, trazendo a aceitação e o reconhecimento da necessidade de adotar um novo estilo de vida, em alternativa ao sedentarismo;
- O estabelecimento de objetivos realistas relativamente ao grau de diminuição das capacidades funcionais da população idosa com quem se vai trabalhar, recaindo a escolha em atividades de esforço mais moderado como a natação, a dança, a caminhada, exercício aeróbico, etc. A atividade física desempenhada pelas pessoas idosas deve ter como objetivos o reforço da força muscular de modo a prevenir o risco de queda (que é, nesta faixa etária, o problema mais grave porque está associada à fraca densidade óssea, à cura demorada, e por vezes nunca conseguida na totalidade, provocando a imobilidade forçada da pessoa idosa), o aumento da força, da resistência aeróbica, do equilíbrio, da agilidade e da flexibilidade;
- A perceção de que a prática regular de atividade física trará vantagens na prevenção e diminuição de doenças crónicas degenerativas, obesidade, diabetes, na redução da tensão arterial e da frequência cardíaca, da depressão e ansiedade, no melhor funcionamento dos órgãos internos, como os intestinos, na regulação do sono, etc.;
- A transmissão dos sentimentos de felicidade e alegria. A prática de exercício físico como atividade continuada irá trazer à pessoa idosa a sensação de volta aos anos

dourados do usufruto máximo das suas potencialidades, voltando ela a sentir-se jovem novamente. Desta forma, a prática de exercício físico contribuirá para uma melhoria a nível da autoestima, bem como o nível de satisfação com a vida, ao mesmo tempo que a socialização lhes trará o sentimento de conforto e de companhia promovendo a sua inclusão e diminuindo o sentimento de inutilidade “peso para os outros”. As pessoas idosas aumentarão a sua qualidade de vida e o desejo de aproveitar o bem-estar que esta fase da vida ainda lhes pode proporcionar.

Mello e Bagnara (2011) alertam para a inexistência de profissionais, em número suficiente, para colmatar as necessidades que a atual sociedade apresenta, considerando o aumento da longevidade e o crescimento da percentagem de pessoas idosas na população mundial. Há, na realidade, muitos profissionais na área do desporto, mas com insuficiente formação na avaliação prescrição de exercício para pessoas idosas. Neste sentido, torna-se urgente a formação de profissionais motivados e motivadores, capazes de estimular a atividade física e a prática de exercício na terceira idade, contribuindo para um envelhecimento mais saudável.

Apesar da OMS (2015) se referir à idade da reforma como classificação etária do envelhecimento, nomeadamente nos países desenvolvidos, essa não será considerada neste estudo como único critério a trabalhar, sendo que assume maior relevância a condição de institucionalização, independentemente da idade efetiva dos inquiridos, ou seja, o público-alvo ou amostra dos testes aplicados na realização da parte prática desta dissertação são as pessoas idosas utentes de IPSS's do concelho de Ourém.

Esta escolha decorre do facto de, como já mencionado, a população portuguesa ser uma população envelhecida, com necessidades prementes de profissionais preparados para trabalharem com pessoas idosas e seus familiares, informando as famílias dos melhores procedimentos, e apoiando-os sempre que necessário, no combate ao sedentarismo e exclusão social, e promovendo bons hábitos de funcionalidade a partir da atividade física.

Deve-se referir que existem também motivações pessoais na escolha deste tema. Tendo-se já trabalhado com pessoas idosas, sentiram-se fortemente os seus sentimentos de inutilidade, solidão e desprendimento da vida, pelo que se tornou importante aprofundar conhecimentos nesta área, contribuindo para a manutenção de um estilo de vida mais saudável e adquirindo mais experiência profissional que irá, decerto, ser

muito útil num futuro próximo. Deste modo, poder-se-á complementar a formação académica e a valorização profissional.

O presente estudo pretende utilizar conhecimentos adquiridos acerca das vantagens da prática da atividade física na promoção da funcionalidade na terceira idade, como promoção da qualidade de vida na população idosa em IPSS's (através da avaliação da funcionalidade física), apresentando, em conclusão, programas de aplicação da atividade física e/ou sugestões que permitam às pessoas idosas uma vida mais saudável, com mais qualidade e menos suscetibilidade a acidentes (como o risco de queda).

3 - Instituição de acolhimento e do enquadramento da prática profissional

3.1 Câmara Municipal de Ourém

O estágio foi realizado em 10 IPSS's do concelho de Ourém, como resultado de um protocolo assinado entre a Faculdade de Motricidade Humana e a Câmara Municipal de Ourém (CMO).

A caracterização do concelho e do território que o compõe, e que aqui se apresenta, foi retirada do sítio da CMO, onde também se encontra o respetivo organograma desta instituição (Anexo I)

Caraterização do Território, com base na informação constante no [Portal Municipal](#), de 22 fevereiro 2016

A cidade concelhia de Ourém pertence ao Distrito de Santarém, situando-se na região central do país, na área do Vale do Tejo e, tal como outras cidades vizinhas, o seu povoamento é disperso com tendência à diminuição do número de habitantes por m². No censo de 2013 foram registados 46.000 habitantes distribuídos por 13 freguesias, numa área concelhia de cerca de 416 km². Deste modo, um dos mais preocupantes problemas do concelho é o progressivo envelhecimento populacional, reflexo da quebra de natalidade registada durante a década de 80, aliado à tendência crescente do despovoamento, principalmente nas aldeias mais pequenas.

Relativamente ao tecido empresarial, este é essencialmente constituído por pequenas e médias empresas, com particular incidência na indústria transformadora, construção e obras públicas, comércio e hotelaria, concentrando o setor terciário a maior proporção de população empregada (55%), seguido do setor secundário (42%) e por fim o setor primário (3%).

O desenvolvimento económico do concelho depende em grande escala do turismo religioso – Fátima – onde se estima um volume turístico anual próximo dos 6 milhões de visitantes.

Juntamente com o turismo, a região do concelho de Ourém usufrui de outros pontos fortes como a abundância de recursos naturais como o azeite ou a pedra e a proximidade à A1 e aos eixos de desenvolvimento do litoral. O desenvolvimento do Parque de Negócios de Ourém-Fátima deve-se também à existência, em número elevado, de madeiras (pinho principalmente), que levam ao dinamismo empresarial do setor do mobiliário e da construção civil, num contexto nacional, resultando numa taxa de desemprego inferior à que normalmente se verifica nos outros municípios da região centro, conseguindo até atrair um grande número de emigrantes, nomeadamente do leste da Europa.

Um outro ponto forte do município de Ourém é a presença de equipamentos sociais de apoio à população de elevado nível e alcance supramunicipal (orfanatos, lares, unidades de recuperação infantil, centros de dia e apoio domiciliário), onde encontramos bons profissionais formados na Escola Profissional de Ourém, cujo curso mais forte é o de Hotelaria, para responder às crescentes demandas do turismo da região.

Além do interesse turístico da religiosidade de Fátima, há outros polos que incrementam o turismo da região, nomeadamente as Pegadas dos Dinossáurios, Museus, Castelo de Ourém, etc.

Juntamente com o já referido problema do envelhecimento da população e a sua dispersão, a região concelhia de Ourém enfrenta outros problemas graves como o subaproveitamento das potencialidades florestais e a fragmentação da propriedade agrícola, também derivado das características fragmentadas dos solos e da baixa qualidade dos serviços de transporte ferroviários que induz elevados custos de exploração e manutenção de equipamentos, infraestruturas e bens. Este fator é agravado pelo sistema fiscal deficiente que não produz os rendimentos financeiros necessários ao desenvolvimento económico do concelho de Ourém.

A descentralização de serviços a nível de infraestruturas como a saúde, escolas ou os serviços judiciais também se tem revelado uma ameaça ao desenvolvimento do concelho, vendo-se o tecido económico fortemente fustigado pela adversa conjuntura económica nacional e perceção da existência de reduzidos níveis de confiança dos empresários.

3.2 Atividades e Serviços da Câmara

O Município de Ourém tem por missão definir estratégias e linhas orientadoras para o desenvolvimento sustentável do Concelho, contribuindo para a afirmação da importância e competitividade do mesmo no quadro regional, nacional e internacional, através da execução de medidas e programas nas diferentes áreas da sua competência e promovendo a qualidade de vida dos seus munícipes, em diálogo constante com as instituições e os diferentes agentes de intervenção local.

Ibidem

Para além do envelhecimento da população do concelho, um ponto fraco reconhecido pela CMO, salienta-se igualmente o fomento de estratégias, serviços e atividades que contribuem para a mais fácil vivência com esse fenómeno nacional, bem como outros que dinamizam todas as faixas da população e contribuem para o enriquecimento social e cultural dos habitantes do concelho. Deste modo, são de realçar as iniciativas ligadas ao empreendedorismo, desenvolvimento económico e de apoio às empresas, ao turismo, nomeadamente à vertente religiosa que ocupa quase toda a necessidade de alojamento e gastronomia, e também à cultura e ao desporto. A CMO dispõe de uma divisão de ação cultural, desporto e lazer com uma vasta oferta de eventos culturais e desportivos a toda a população, incluindo as faixas etárias mais idosas. Relativamente ao desporto, a ação da CMO é extensa e tem como objetivos:

A política municipal na área do desporto tem como perspetiva promover um concelho saudável, aumentando a qualidade, a diversidade e a abrangência da prática desportiva para os cidadãos residentes e visitantes. A atuação da Câmara Municipal assenta em quatro eixos:

- Apoio e a coprodução com as coletividades desportivas. Reconhecendo e valorizando a forte mobilização e dinâmica e capacidade organizativa do movimento associativo na área do desporto, o Município investe no apoio e na coprodução de iniciativas desportivas com as coletividades locais, com base no regulamento de apoio ao associativismo. Valoriza também o apoio ao desporto de formação e competição, com resultados de afirmação do concelho.
- Beneficiação do Parque Desportivo do Município.

- Programação desportiva promotora de qualidade de vida para o concelho (com dinâmicas descentralizadas no território concelhio e inclusivas **(na idade, género e situação socioeconómica...)**).
- Apoio à promoção do desporto escolar.

Ibidem

O pelouro do desporto apresenta eventos e atividades diversas como caminhadas ou corridas no parque Dr. António Teixeira, apoio ao desenvolvimento do associativismo, programas de Ocupação de Tempos Livres, aplicação de programas de atividade física nas IPPS's e atividades de programação de novos equipamentos desportivos, etc. Como outras autarquias do país, a CMO promove a saúde dos seus cidadãos através da prática de atividade física na forma de exercício aeróbio e hidroginástica, serviços a funcionar semanalmente no pavilhão gimnodesportivo e nas piscinas municipais.

IV - Atividades realizadas durante o estágio

4.1 Plano de estágio

Neste estágio de aprofundamento de competências profissionais pretendeu-se conceber e implementar um programa de exercício físico para pessoas idosas, não acamadas, pertencentes às dez IPSS's do concelho, durante cerca de 38 semanas. Para o efeito procedeu-se a avaliações do equilíbrio, da velocidade da marcha e da autonomia das pessoas idosas, através da aplicação de questionário *Composite Physical Function Scale* (CPFS, Rikli & Jones, 2012), que é utilizado na avaliação do funcionamento físico nas atividades da vida diária, e da bateria *Short Physical Performance Battery* (SPPB, Guralnik, et al., 1994). O processo de avaliação da aptidão física foi implementado em 142 participantes com funcionamento físico heterogéneo (de baixo a elevado funcionamento físico). Posteriormente, 21 destes participantes foram avaliados em mais dois momentos (antes e após a implementação de um programa de exercício de 38 semanas). A aptidão física destes 21 participantes foi avaliada através da bateria *Senior Fitness Test* (SFT, Rikli & Jones, 2001), que serve para avaliar os principais parâmetros físicos associados à aptidão física funcional (força, aptidão aeróbia, flexibilidade, agilidade e equilíbrio) de pessoas idosas, desde os 60 aos 90 anos de idade, ou mais, abrangendo, deste modo, uma larga e diversa amostra.

Trabalhou-se, ainda, noutras atividades, nomeadamente: (Anexo II)

→ Programa Mexa-se com a idade

→ Passo a passo por Ourém

→ Parque Anima

→ Outras atividades no âmbito do plano de atividades da Divisão de ação cultural - setor desporto.

4.1.1. Objetivos gerais:

Os objetivos deste estágio foram os seguintes:

→ Promover atividades no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos através da prática regular de atividades físicas;

→ Promover e desenvolver um plano de formação a aplicar de forma integrada e articulada junto de todas as estruturas que cooperam para o desenvolvimento do sistema associativo;

→ Apoio ao desenvolvimento e implementação de atividades.

4.1.2. Áreas de intervenção

As principais áreas de intervenção neste estágio foram dez IPSSs do concelho de Ourém, nomeadamente o Centro Social das Matas, O Centro Social da Freixianda, o Centro Social de Espite, o ACITI, o Lar Abrigo de Alburitel, o Centro Social da Atougua, o Lar Santa Beatriz da Silva, a Arca da Aliança, o Centro Social do Olival e o SPA Clube de Fátima. Estas instituições fazem parte do Programa “Mexa-se com a idade”.

4.1.3. Planeamento temporal

O planeamento temporal do estágio foi de 40 semanas, o qual contemplava a implementação de sessões de exercício em dez IPSSs e o apoio na programação e desenvolvimento de outras atividades constantes da agenda cultural e desportiva da CMO.

4.2 Descrição das atividades realizadas

As funções e responsabilidades no estágio centraram-se na realização do planeamento de um programa de exercício físico e, numa fase posterior, procedeu-se á sua aplicação, o que coincidiu temporalmente com a realização de uma atividade promovida pelo setor de cultura e desporto da CMO, “**Mexa-se com a idade**”, que incluía a elaboração do planeamento de sessões de exercício físico para uma população idosa com dificuldades motoras. Centrada neste programa aplicou-se um questionário composto por 12 itens sobre a funcionalidade física e avaliou-se a aptidão física funcional da população idosa das IPSS do Concelho de Ourém.

1) Cuidar de si próprio (ex, vestir-se sozinho)

2) Tomar banho (imersão ou duche)

- 3) Subir e descer um lance de escadas (até ao 1º andar)
- 4) Ir à rua e caminhar um ou dois quarteirões (100-200 metros)
- 5) Realizar tarefas domésticas leves (cozinhar, limpar o pó, lavar a loiça, varrer)
- 6) Fazer compras (mercearia e/ou vestuário)
- 7) Caminhar cerca de 800 metros (6 a 7 quarteirões)
- 8) Caminhar cerca de 1600 metros (12 a 14 quarteirões)
- 9) Segurar e transportar cerca de 5 kg (saco cheio de mercearias)
- 10) Segurar e transportar cerca de 12 kg (mala de viagem média a grande)
- 11) Realizar atividades domésticas exigentes (esfregar o chão, aspirar, varrer o jardim)
- 12) Realizar tarefas muito exigentes (fazer longas caminhadas, cavar, transportar objetos pesados, andar de bicicleta, fazer ginástica, etc.

Esta atividade decorreu durante o período de estágio e apresentava como principal objetivo implementar sessões de exercício em lares de pessoas idosas ou centros sociais, destinadas a grupos de pessoas com idades mais avançadas e com maiores dificuldades de mobilidade. Esta atividade originou um conjunto de tarefas, nomeadamente a realização de exercícios específicos, aplicando as normas de segurança exigidas no decorrer da atividade. Para tal foi feita uma exaustiva pesquisa de exercícios a aplicar e o levantamento do material existente em cada IPSS disponível para a realização das sessões.

As sessões tiveram uma duração de 45 minutos, o seu planeamento e lecionação abordou as componentes de equilíbrio, coordenação, flexibilidade, força e capacidade aeróbia. No entanto, as três últimas vertentes foram mais privilegiadas e reforçadas, com o objetivo de proporcionar uma melhoria funcional, de modo a garantir a autonomia necessária para a realização das atividades diárias básicas. Este objetivo foi assim delineado porque a limitação do número de aulas era menor que o desejado e decorreu da constatação do baixo funcionamento físico constatado após a avaliação inicial do nível de funcionalidade das pessoas idosas.

Foi ainda utilizada música como método de motivação e de modo a proporcionar entusiasmo na realização das atividades, bem como se incluíram jogos lúdicos, jogos

tradicionais e utilizados materiais diversificados como bolas, balões, molas, cadeiras, halteres e bandas elásticas.

Esta atividade decorreu sempre da melhor forma, não se tendo registado qualquer problema ou anomalia significativa.

Salienta-se a importância deste programa no enriquecimento pessoal pelo contacto com a população mais idosa do concelho e, no contexto profissional, no aperfeiçoamento de competências comunicativas com as pessoas idosas e no desenvolvimento de competências ao nível do trabalho de equipa. Efetivamente, estas sessões foram ministradas pela estagiária e coadjuvadas, por vezes, pela técnica de desporto do município.

Relativamente ao programa de exercício físico implementado no Centro Social da Atouguia, este consistia em duas aulas semanais de 45 minutos, onde foi concretizada a mesma abordagem do programa “Mexa-se com a idade”, ou seja, realizou-se a planificação das aulas, utilização de material variado, música, jogos tradicionais, caminhada, etc.

Relativamente à avaliação dos participantes nesta instituição foi aplicada a Bateria *Senior Fitness Test (SFT)*, Rikli & Jones, 2001). Os parâmetros físicos avaliados, os quais dão suporte aos comportamentos necessários para desempenhar as tarefas diárias, são: a força de membros inferiores (levantar e sentar da cadeira), e dos membros superiores (flexão do antebraço); a velocidade, agilidade e equilíbrio dinâmico (sentado, caminhar 2m44 e voltar a sentar) e a flexibilidade de membros inferiores (sentar e alcançar) e dos membros superiores (alcançar atrás das costas).

4.3 Análise de limitações nas áreas de desempenho

A análise de limitações nas áreas de desempenho tinha como objetivo a avaliação dos participantes através de questionário e de testes físicos nos momentos inicial e final do programa exercício, o que iria permitir uma comparação de resultados que comprovasse a efetividade da intervenção realizada, ao nível do equilíbrio, da segurança e da autonomia do público-alvo, indo, desta forma de encontro à literatura apresentada no enquadramento teórico.

No entanto, o segundo momento de avaliação não foi efetuado em todas as instituições por motivos alheios devidos a questões operacionais relacionadas com a

dinâmica e organização da CMO. Por este motivo, houve a necessidade de reformulação deste trabalho, apresentando-se apenas os resultados obtidos no Centro Social da Atouguia. Deste modo, as conclusões não são baseadas na totalidade nos resultados que se pretendiam obter, mas sim nos resultados obtidos na instituição referida, culminando com a apresentação de uma proposta, de um programa de exercício físico, possível de aplicar em cada instituição avaliada, ou outra, que possa colmatar as principais dificuldades sentidas pelos participantes.

V - Avaliação da Aptidão Física de Pessoas Idosas Institucionalizadas

5.1 Participantes

Neste estágio de aprofundamento de competências profissionais pretendeu-se efetuar uma avaliação da aptidão física e do funcionamento físico de pessoas idosas de dez IPSS do Município, similarmente, conceber e implementar um programa de exercício físico para pessoas idosas, não acamadas, em IPSS's do concelho, durante cerca de quarenta semanas. Para o efeito procedeu-se a avaliações do equilíbrio, da velocidade da marcha e da autonomia das pessoas idosas. O processo de avaliação da aptidão física foi implementado em 142 participantes com funcionamento físico heterogéneo (de baixo a elevado funcionamento físico). Posteriormente, 21 destes participantes foram avaliados em mais dois momentos (antes e após a implementação de um programa de exercício de 38 semanas), através da bateria *Senior Fitness Test* (Rikli & Jones, 2001) e de questionário (*CPFS*, Rikli & Jones, 2012), como já referido anteriormente.

5.2 Metodologia

O *SPPB* (1994), é uma bateria simples e pouco exigente, composta por três testes que avaliam a força dos membros inferiores, a velocidade de marcha e o equilíbrio. A força dos membros inferiores é avaliada através do tempo requerido pelo participante para se levantar cinco vezes de uma cadeira, com os braços cruzados no peito. A velocidade de marcha é avaliada através da realização de um percurso de 2,44 metros a uma velocidade normal, sem correr. O equilíbrio é avaliado pelo tempo na manutenção dos pés em semi-linha durante 10 segundos. Caso consiga manter a posição com sucesso realiza então a posição com os pés em linha, caso não consiga realizar a posição

Avaliação e Prescrição de Exercício para Pessoas Idosas inscritas em Instituições Particulares de Solidariedade Social do Concelho de Ourém

inicial com sucesso realiza a posição com os pés juntos. Em cada teste a pontuação máxima obtida é de 4 pontos quando executa os exercícios solicitados corretamente e de acordo com os tempos mínimos, podendo variar até 0 pontos quando não consegue realizar o exercício solicitado.

A *SFT* (2001) integrou os seguintes testes:

1. Levantar e sentar da cadeira: número de elevações em 30 s sem utilização dos membros superiores. - Avaliação da força e resistência dos membros inferiores.
2. Flexão do antebraço: número de execuções em 30 segundos. - Avaliação da força e resistência dos membros superiores.
3. Sentar e alcançar: distancia percorrida pelas mãos em direção á ponta do pé. - Avaliação da flexibilidade do tronco e dos membros inferiores.
4. Sentado, caminhar 2.44 m e voltar a sentar: tempo necessário para levantar de uma cadeira, caminhar 2.44 m e voltar á posição inicial. Avaliação da velocidade, agilidade e equilíbrio.
5. Alcançar atrás das costas: distancia mínima alcançada entre as mãos atrás das costas. Avaliação da flexibilidade do ombro.
6. Step dois minutos no próprio lugar: total de steps realizados durante 2 min. - Avaliação da capacidade aeróbia.

O *CPFS* (2012) é um questionário que avalia o funcionamento físico na realização de um conjunto de tarefas diárias composto por 12 itens. Foi apresentado à pessoa idosa uma lista de tarefas classificando-as como: consegue realizar (pontuação = 2 valores), consegue com dificuldade ou ajuda (pontuação = 1 valores), ou não consegue (pontuação = 0 valores). Estes itens englobam atividades básicas (itens 1-3), instrumentais (itens 4-10) e avançadas (itens 11-12) (Anexo V).

De acordo com as respostas obtidas, o funcionamento físico dos participantes pode ser categorizado em dois níveis: baixo e moderado. Segundo a escala de Rikli e Jones (2012), considera-se que os participantes terão funcionalidade física elevada se apresentarem resultados superiores a 24 pontos; a funcionalidade será considerada baixa se for inferior a 14 pontos.

A análise dos dados foi conduzida com o programa estatístico SPSS, versão 20.0. A análise descritiva dos dados foi efetuada a partir das médias e desvios-padrão das variáveis. Identificaram-se os participantes (pessoas inscritas em IPSS do concelho de Ourém) com e sem funcionalidade física baixa e efetuou-se uma comparação da aptidão física entre estes dois grupos através de testes T para amostras independentes. Para analisar o efeito de um programa de exercício com uma duração de 38 semanas num grupo mais restrito de participantes (21 pessoas idosas de ambos os géneros) efetuou-se uma comparação entre o momento inicial e final (pré vs. pós exercício) através do teste de Wilcoxon (teste não paramétrico para amostras relacionadas). O nível de significância foi estabelecido em $\leq 0,05$.

5.3 - Resultados

A figura 1 exhibe as respostas por percentagem de pessoas idosas que conseguem realizar as atividades básicas (ABVD), instrumentais (AIVD) e avançadas (AAVD) da vida diária, segundo o *CPFS* (2012).

Foi apresentada à pessoa idosa uma lista de atividades a classificar da seguinte forma: consegue realizar (pontuação = 2 valores), consegue realizar com dificuldade ou ajuda (pontuação = 1 valor), ou não consegue realizar (pontuação = 0 valores).

As atividades constantes do questionário, que pode ser consultado no Anexo V, são descritas em 12 itens, distribuindo-se por atividades básicas (itens 1-3), instrumentais (itens 4-10) e avançadas (itens 11-12). Os itens são simples e de fácil entendimento, referindo questões como o cuidar de si próprio(a), ir à rua sozinho(a), tomar banho, subir, descer escadas, realizar tarefas domésticas simples, como cozinhar ou varrer, fazer caminhadas curtas ou longas, segurar em pesos leves ou mais pesados, ou seja, o questionário contempla uma descrição de atividades que exigem mais ou menos esforço, permitindo, deste modo, a categorização dos inquiridos com maior ou menor funcionalidade física.

Da análise dos dados recolhidos, foi possível observar a existência de uma relação inversa entre o número de pessoas idosas que refere conseguir realizar as atividades e o nível de exigência dessas mesmas atividades.

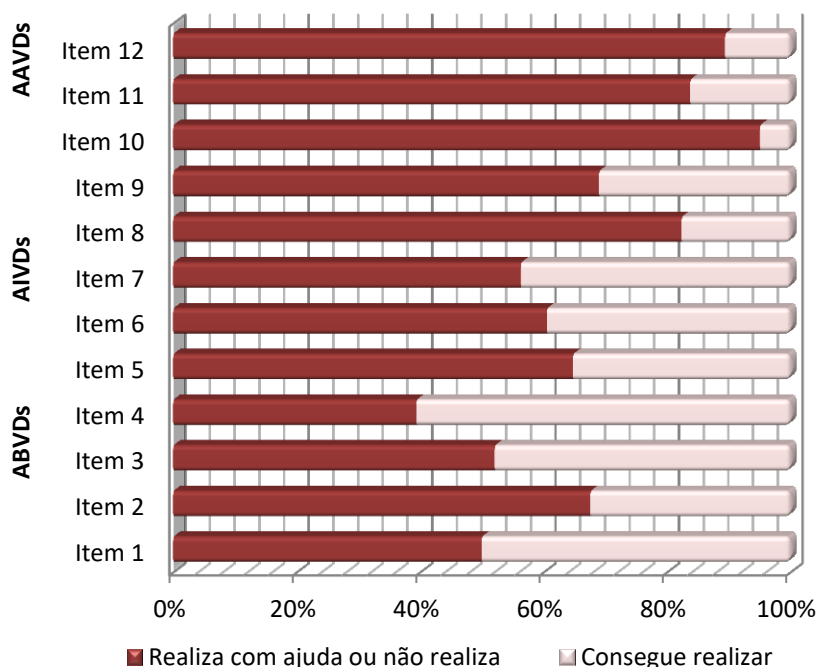


Figura 1 – Percentagem de participantes (n total = 142) que reportaram conseguir ou não realizar as atividades básicas (ABVD), instrumentais (AIVD) e avançadas da vida diária: 1) cuidar de si próprio (ex: vestir-se sozinho); 2) tomar banho; 3) Subir e descer um lance de escadas; 4) ir à rua e caminhar um ou dois quarteirões; 5) realizar tarefas domésticas leves; 6) fazer compras; 7) caminhar cerca de 800 metros; 8) caminhar cerca de 1600 metros; 9) segurar e transportar cerca de 5 kg; 10) segurar e transportar cerca de 12 kg; 11) realizar atividades domésticas exigentes; 12) realizar tarefas muito exigentes

No que diz respeito à caracterização sociodemográfica dos 142 participantes, 42 eram do sexo masculino e 100 eram do sexo feminino. A idade média corresponde a $82,7 \pm 6,0$ anos. Nas tabelas 1 e 2 são apresentados os resultados referentes à avaliação da aptidão física dos 142 participantes através da bateria SPPB, separadamente para os dois géneros.

Tabela 1 – Aptidão física de acordo com o funcionamento físico -género masculino

	Com Baixa Funcionalidade* (n=26)	Sem Baixa Funcionalidade* (n=16)	Valor p
Idade (anos)	84,1 ± 6,6	82,3 ± 5,4	0,362
Equilíbrio (s)	2,1 ± 1,4	3,1 ± 0,9	0,023
Levantar da cadeira (s)	0,8 ± 0,7	2,8 ± 1,1	<0,001
Marcha (s)	1,5 ± 1,2	3,4 ± 0,8	<0,001

* Com baixa funcionalidade: CPF < 14 pontos; sem baixa funcionalidade: CPF ≥ 14 pontos.

Tabela 2 – Aptidão física de acordo com o funcionamento físico-género feminino.

	Baixa Funcionalidade* (n=60)	Sem Baixa Funcionalidade* (n=40)	Valor p
Idade (anos)	83,7 ± 6,1	80,4 ± 5,3	0,006
Equilíbrio (s)	2,1 ± 1,2	3,5 ± 0,7	<0,001
Levantar da cadeira (s)	1,2 ± 0,9	2,8 ± 1,0	<0,001
Marcha (s)	1,7 ± 1,2	3,3 ± 0,9	<0,001

* Com baixa funcionalidade: CPF < 14 pontos; sem baixa funcionalidade: CPF ≥ 14 pontos.

As tabelas 1 e 2 apresentam a aptidão física dos participantes avaliados com a SPPB de acordo com o nível de funcionalidade relatada através da escala *Composite Physical Function*, nomeadamente com e sem baixa funcionalidade. Nas mulheres somente uma participante relatou uma funcionalidade física elevada enquanto nos homens 4 participantes relataram uma funcionalidade física elevada. Por este motivo os participantes com funcionalidade física moderada e elevada foram agregados num grupo sem funcionalidade física baixa. Observou-se que a maioria dos participantes apresentam uma funcionalidade física baixa, ou seja, não são capazes de realizar sem ajuda pelo menos 7 atividades da vida diária. As mulheres com funcionalidade física baixa eram mais velhas e evidenciaram uma pior aptidão física em todos os testes. Os

Avaliação e Prescrição de Exercício para Pessoas Idosas inscritas em Instituições Particulares de Solidariedade Social do Concelho de Ourém

homens com baixa funcionalidade evidenciaram também uma pior aptidão física mas não se verificaram diferenças de idade.

A tabela 3 apresenta os resultados do programa de intervenção com 21 participantes do Centro Social da Atouguia. Esta intervenção incluiu pessoas dos 75 aos 95 anos de idade ($82,1 \pm 5,2$ anos) de ambos os géneros (8 homens - 38% da amostra), das quais 11 pessoas (52%) apresentavam uma funcionalidade física baixa. Observou-se uma melhoria de todos os atributos da aptidão física avaliados com a bateria *Senior Fitness Test* com a aplicação do programa de intervenção. Pormenorizando, nos testes “Levantar e Sentar da cadeira” observou-se que os valores médios no segundo momento de avaliação são superiores ao primeiro momento o que se traduz numa melhoria a nível da força muscular (ex: sentar-se, levantar-se, deslocar-se). Por sua vez, dos testes “Sentado e alcançar” e “Alcançar atrás das costas” observou-se uma diminuição do valor médio no segundo momento comparativamente ao primeiro melhorando assim a flexibilidade que se encontra presente nas tarefas mais básicas do dia-a-dia (ex: pentear-se, calçar-se). Observou-se também um aumento nos valores médios do segundo momento de avaliação relativamente ao primeiro nos testes “Sentado, caminhar 2m44, voltar e sentar” e “Step- 2 minutos” traduzindo-se numa melhoria envolvendo as componentes de equilíbrio, capacidade de reação e coordenação motora.

Tabela 3 –Aptidão física antes e após um programa de exercício com 38 semanas de duração.

	Pré Exercício	Pós Exercício	Valor p
Levantar e Sentar da cadeira (n)	8,0 ± 5,1	9,1 ± 5,6	0,003
Flexão do antebraço (n)	13,5 ± 4,7	15,3 ± 5,4	0,002
Sentar e alcançar (cm)	-9,1 ± 11,3	-8,4 ± 11,2	0,006
Alcançar atrás das costas (cm)	-26,0 ± 14,2	-25,3 ± 13,9	0,007
Sentado, caminhar 2m44, voltar e sentar (s)	15,7 ± 9,3	15,2 ± 9,2	0,001
Step – 2 minutos (n)	46,2 ± 21,6	48,1 ± 22,2	<0,001

Embora a qualidade de vida nos seus diversos domínios (físico, psicológico, social e ambiental) constitua um parâmetro relevante para a caracterização desta população, não foi possível a sua avaliação no decorrer do estágio por razões temporais mas também de dificuldade de compreensão das perguntas e elaboração das respostas pelos participantes (avaliação subjetiva). Uma vez que as avaliações e intervenção conduzidas se centraram na aptidão física e no funcionamento físico, foi, todavia, possível a obtenção objetiva de informação neste domínio tão relevante da qualidade de vida.

Efetivamente, as pessoas idosas inquiridas não mostravam conhecimentos que lhes permitissem responder a questões relacionadas com o seu bem-estar apercebido, ou qualidade de vida, pois as limitações derivadas do espaço a que estão confinados tornam as respostas duvidosas ou incompletas. Estas pessoas perderam a noção de qualidade de vida pois apenas dão importância à satisfação das necessidades básicas de alimentação e higiene. A ocupação dos seus tempos, agora todos tempos livres, passa por se sentirem confortáveis, limpos e bem alimentados. Sendo utentes de IPSS's, na sua maioria, pessoas consideradas como população inativa ou dependente, não conseguem ser

imparciais nas respostas de satisfeitas, ou não, com a sua vida. Ao serem inquiridas informalmente sobre a sua qualidade de vida, respondem, invariavelmente: “Que remédio...”

Apesar de este trabalho não ter incluído testes que avaliem a qualidade de vida na 3ª idade, ressaltam-se os trabalhos de Wood et al. (2005), que incidem sobre a relação entre a qualidade de vida e aptidão física às pessoas idosas, num estudo cuja amostra foi constituída por 108 pessoas com idades compreendidas entre os 60 e 90 anos. Os autores observaram, nesta investigação, a existência de uma correlação entre o grau de aptidão física e o nível de qualidade de vida, ou seja, os indivíduos que possuíam valores mais altos nos testes de aptidão física também alcançavam valores mais elevados no questionário de qualidade de vida. Desta forma, foi possível concluir que pessoas idosas com maior aptidão física têm uma melhor qualidade de vida, ideia generalizada e apoiada por outros estudos onde outra das variáveis incluídas foi a condição de saúde dos inquiridos (Mazo et al. 2007), sendo que a boa preparação física das pessoas mais velhas contribui bastante para a manutenção de um estado de saúde aceitável, mediante as condições de vida e a idade, contribuindo para a prevenção de doenças incapacitantes como as Doenças Cardiovasculares (DCV), ou a obesidade e afastando os perigos do sedentarismo.

Viegas et al. (2009), citados por Costa et al. (2012), comparando a qualidade de vida e o equilíbrio de pessoas idosas ativas e inativas, aplicando a *WHOQOL-bref*, concluíram que a prática de atividade física lhes é benéfica, trazendo-lhes mais qualidade de vida, pelo que se torna evidente a necessidade de criação de programas de exercício físico como incentivo à promoção da saúde na terceira idade.

Henry et al. (2001) e Lobo et al. (2008), alertam para o facto de o nível de atividade física em pessoas idosas institucionalizadas ser baixo, em consequência de uma vida pouco ativa nas próprias instituições, bem como a falta de oportunidades de mudar esta situação. Deste modo, todos os benefícios associados à prática de atividade física na terceira idade se perdem, levando ao sedentarismo.

É então fundamental motivar e incentivar a prática do exercício físico na pessoa idosa de forma a evidenciar os seus benefícios, promovendo a saúde e a qualidade de vida. Pessoas idosas que participam em programas de atividade física mostram maiores

sentimentos de bem-estar e aquelas que são mais fisicamente ativos; além de revelarem maiores sentimentos de bem-estar, mostram também melhor aptidão física (Spirduso et al. 2005). O mesmo estudo conclui que os resultados mais consistentes comprovam que a atividade física a longo prazo adia a incapacidade e dependência da pessoa idosa. Mesmo em indivíduos com doenças crônicas, o exercício físico sistemático aumenta a aptidão física e, conseqüentemente, a qualidade de vida.

Guimarães et al. (2004) numa investigação onde utilizaram a escala de Berg, notaram que as pessoas idosas institucionalizadas, por serem mais sedentárias, mostravam uma maior propensão para quedas, em relação às pessoas idosas ativas. Sendo o declínio da capacidade de movimento uma das mudanças mais significativas do processo de envelhecimento, a relação do equilíbrio com a motricidade geral é bastante frágil, agravando-se este panorama com as alterações derivadas da idade, das alterações ambientais e das condições de saúde dos indivíduos.

5.4 Proposta de melhoria nas áreas de desempenho

É de extrema importância melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, em especial as que, por se encontrarem institucionalizadas, têm mais tendência ao sedentarismo, à morbilidade, à perda total ou parcial da funcionalidade e à desistência da vida por falta de gosto pela mesma. Os familiares, diretos ou não, têm o dever de estimular as pessoas idosas ao gosto pela vida, motivando-os a viver a sua existência da forma segura, autónoma e feliz.

A prática de exercício físico de forma sistemática comporta uma extensa lista de benefícios para as pessoas idosas, não só no contexto da saúde, mas principalmente ao nível psicológico pois uma vida saudável e autónoma é a garantia de uma boa velhice. Shyn (2016), efetuou um estudo, num grupo de 33 pessoas idosas residentes numa instituição, com o objetivo de avaliar, em períodos de 6 meses, a eficácia de um programa de exercício, fornecendo-lhes as ferramentas necessárias à manutenção ou desenvolvimento da qualidade de vida, equilíbrio, resistência, depressão e mobilidade. Deste estudo, o autor concluiu que, apesar das pessoas idosas terem, na instituição, estilos de vida diferentes dos que tinham nas suas moradias próprias, os programas de

exercícios devidamente supervisionados são uma mais-valia na obtenção e manutenção da saúde física e mental pois adiam a necessidade de cuidados médicos mais profundos ou até internamentos hospitalares, contribuindo, deste modo, para a melhoria da qualidade de vida.

Já em 2017, Robert e colaboradores publicaram um estudo de investigação acerca dos efeitos dos diferentes tipos de atividade física nas atividades de vida diárias, usando um novo sistema de codificação para determinar o nível de atividade de tarefas múltiplas, quantificando as exigências mentais, físicas e sociais subjacentes a diferentes tipos de atividade física. Embora o método utilizado tenha um caráter subjetivo, os resultados permitiram-lhes concluir que, pela primeira vez, foi demonstrado que as diferenças no nível físico e as exigências sociais de diferentes tipos de atividade física produziram mudanças previsíveis nos efeitos benéficos para a saúde das pessoas idosas participantes desse estudo. Esta descoberta tem implicações teóricas e práticas pois, não só é necessário aprofundar conhecimentos sobre os processos subjacentes à associação da atividade física e da saúde, como também é importante o estabelecimento oficial de programas de intervenção da promoção da saúde de pessoas idosas.

Os profissionais do exercício e saúde, devem estar preparados para trabalhar com esta faixa etária que constitui um segmento significativo da população e com tendência para aumentar. Neste sentido, e tendo por base os resultados obtidos na aplicação de testes antes e após o programa de exercício físico no Centro Social da Atouguia, propõe-se um programa de exercício (Anexo 4) concebido para pessoas idosas em IPSS's, seguindo as linhas orientadoras do Colégio Americano de Medicina Desportiva (ACSM, 2013) e Paúl (2013), que encorajam, em linhas gerais a concretização de uma avaliação inicial que inclua a estratificação do risco para a ocorrência de eventos cardiovasculares durante o esforço físico ao mesmo tempo que remove barreiras desnecessárias à adoção de um estilo de vida ativo. As orientações para a implementação de um programa de exercício para pessoas idosas encontram-se sintetizadas nas linhas seguintes:

Treino aeróbio

Têm por objetivo o aumento ou conservação da massa muscular, de modo a que a pessoa idosa possa manter a sua independência e não se sentir tão cansado na realização das atividades de vida diárias.

Segundo o Colégio Americano de medicina Desportiva (ACSM, 2013), o treino aeróbio é composto por exercícios de mobilização geral podendo ser praticado de 3 a 5 vezes por semana distinguindo-se a sua intensidade em três tipos: moderada, com um grau de esforço de 5-6 na escala subjetiva de esforço de 0 a 10 ou numa intensidade de 65-75% da FC máx; vigorosa, com um grau de esforço de 7-8 na escala ou até 85% da FC máx; e moderada/vigorosa, com uma combinação de exercícios de ambas as intensidades.

A duração das sessões de treino deve contemplar entre 30 a 60 minutos/dia, com intervalos de 10 min entre cada tipo de exercício, totalizando 150-300 minutos/semana. Se se optar por um treino de intensidade mais vigorosa, as sessões devem cumprir, pelo menos, 20-30 minutos, no total de 75-100 min/semana. Pode-se optar por um treino de atividades físicas com combinações equivalentes e intensidade moderada e vigorosa.

Quanto ao tipo de exercícios, deve-se recorrer a qualquer modalidade que não imponha ou cause *stress* ortopédico excessivo, sendo a caminhada o tipo de atividade mais comum. As pessoas idosas devem precaver-se e parar os exercícios caso sintam desconforto/dor e sempre sujeitos a supervisão. Os exercícios aquáticos e a prática de bicicleta estacionária podem ser vantajosos para pessoas com uma tolerância de esforço limitada ou em atividades em que tenham que suportar peso.

Treino da força

Seguindo as orientações (ACSM, 2013), o treino força deve ser composto por exercícios que contemplem todos os grandes grupos musculares das diversas partes do corpo realizados 2 vezes por semana de forma não consecutiva com intensidade em moderada: (60%-70% uma repetição máxima (1-RM) ou baixa (40%-50% de 1-RM – para iniciados neste tipo de treino). A intensidade pode igualmente ser aferida através da sensação subjetiva de esforço – intensidade moderada (5-6) e vigorosa (7-8) numa escala de 0 a 10. A progressão do treino é implementada aumentando a carga e o Avaliação e Prescrição de Exercício para Pessoas Idosas inscritas em Instituições Particulares de Solidariedade Social do Concelho de Ourém

número de séries, com o número de repetições a situar-se entre as 10 e as 15. A duração das sessões de treino deve ser aumentada progressivamente não ultrapassando 1 hora por sessão.

Quanto ao tipo de exercício, deve-se escolher um programa de treino de cargas progressivas ou calisténico com o suporte do peso corporal (8-10 exercícios envolvendo os principais grupos musculares. Subir escadas e outras atividades de fortalecimento que utilizem os grandes grupos musculares são os exercícios mais recomendados. As pessoas idosas devem utilizar a amplitude total do movimento desde que não haja dor, trabalhando a parte superior e inferior do corpo e envolvendo os músculos extensores e flexores.

Treino da flexibilidade

O treino de flexibilidade é composto por exercícios que contemplem alongamentos e mobilidade articular da cabeça, tronco e membros, podendo ser estáticos ou dinâmicos. Os exercícios podem ser praticados diariamente ou, no mínimo, 3 vezes por semana, não havendo imposição de intensidade, apenas o alongar até sentir tensão ou sentir ligeiro desconforto (ACSM, 2013).

A duração dos exercícios de flexibilidade deve ser de 10 a 15 minutos, mantendo-se o alongamento durante 30-60 segundos. Recomenda-se o aumento da amplitude do movimento e a sua duração, até se sentir um ligeiro desconforto.

Quanto ao tipo de exercício, deve-se recorrer a qualquer tipo de atividades que mantenham ou aumentem a flexibilidade, utilizando movimentos lentos que terminem em alongamentos permanentes para cada grande grupo muscular utilizando alongamentos estáticos em vez de movimentos balísticos rápidos.

O movimento deve ser realizado lentamente, respirando com naturalidade e expirando na fase de maior esforço.

Treino do equilíbrio

Tal como o nome indica, tem por objetivo a manutenção da capacidade de realizar movimentos diários normais com equilíbrio, prevenindo o risco de queda que pode ter consequências drásticas como o quebrar de ossos ou a perda de mobilidade. A dança

revela-se um bom exercício na manutenção da coordenação e do equilíbrio, permitindo ainda a integração e a socialização.

Este é composto por exercícios que envolvam combinações de manipulação, ausência de estímulo visual, rotações lentas e coordenação do corpo, podendo também ser estáticos ou dinâmicos. Os exercícios podem ser praticados diariamente ou, no mínimo, 3 vezes por semana, não havendo imposição de intensidade, apenas o aumento do grau de dificuldade do movimento e a sua duração.

A duração dos exercícios de equilíbrio deve ser de 5 a 30 segundos, repetindo-se as vezes possíveis.

As pessoas idosas devem precaver-se evitando movimentos bruscos ou dor, respirando com naturalidade e procurando uma sensação de relaxamento.

Treino da agilidade

Tem também por objetivo a manutenção da capacidade de realizar movimentos diários normais com maior facilidade e menor grau de esforço. Seguindo as orientações do ACSM, o treino da agilidade é composto por exercícios que envolvam combinações de elevada velocidade com deslocamentos, mudanças de direção e alterações do centro de gravidade. Os exercícios podem ser praticados 3 vezes por semana, não havendo imposição de intensidade, apenas o aumento da complexidade dos exercícios. Recomenda-se a caminhada rápida ou exercícios de ginástica aquática.

A duração dos exercícios de agilidade deve ser de 10 a 15 minutos, determinando-se a repetição dos mesmos pela fadiga observada nos participantes ou pela sua motivação. As pessoas idosas devem precaver-se neste tipo de treino que, por ser composto por exercícios de elevada velocidade, podem provocar lesões mais facilmente.

Treino neuromotor

O treino neuromotor é composto por exercícios que envolvam combinações de elevada velocidade onde se deve utilizar estímulos visuais, auditivos e táteis (ACSM, 2013). Os

exercícios podem ser praticados 3 vezes por semana, não havendo imposição de intensidade, apenas o aumento da complexidade dos exercícios. Recomendam-se exercícios de posição deitada ou sentada, com uso de cargas.

A duração dos exercícios deve ser de 10 a 15 minutos, determinando-se a repetição dos mesmos pela fadiga observada nos alunos ou pela sua motivação.

As pessoas idosas devem precaver-se neste tipo de treino evitando rotações bruscas da anca porque, como são exercícios de elevada intensidade, ficam mais propícios a lesões. Deve-se associar muitas componentes na tarefa pois a solicitação do domínio cognitivo prevalece sobre o domínio motor.

Carvalho e Mota (2012) apontam várias recomendações a ter em conta para as boas práticas, considerando os riscos decorrentes da prática do exercício físico, bem como os seus benefícios. Sempre que se pretenda iniciar um programa de implementação de exercício, deve-se começar por um exame médico dos participantes do programa de modo a conhecer limitações e possibilidades/potencialidades do grupo a trabalhar, fazendo-o de forma sistemática e não esporádica. As limitações individuais devem ser respeitadas por todos, evitando o desconforto, a dor ou a excessiva intensidade que pode originar risco cardiovascular. Todos os movimentos e exercícios devem ser executados de forma calma, harmoniosa e controlada, evitando movimentos bruscos que comportem riscos de queda, tonturas, queda da pressão arterial, etc. Nunca se devem ultrapassar segmentos de aula importantes como o aquecimento e o relaxamento. Quanto mais diversificadas forem as atividades, mais suscetíveis de motivar elas se tornam, favorecendo a interação a pares, em grupo como modo de enriquecimento das relações interpessoais e da comunicação. As sessões de exercícios devem objetivar o bem-estar, os efeitos benéficos sobre a saúde e a promoção da qualidade de vida.

VII – Conclusões

Nesta última fase do percurso académico, o objetivo principal era essencialmente a aplicação, na prática, da componente teórica aprendida durante os anos de curso, mas posteriormente, e ao longo de todo o estágio, houve a perceção de que havia muito mais para adquirir através desta experiência.

Ao conhecer e conviver com os alunos, as pessoas idosas de várias instituições do concelho de Ourém, foi possível privar com uma faixa etária a que, por vezes, não é dada a devida atenção, seja por profissionais das áreas da saúde, da assistência social e até por parte de familiares. O balanço pessoal que se faz é que se aprendeu mais do que se ensinou às pessoas idosas com quem se teve o privilégio de trabalhar. Estas pessoas mostraram que, mais importante que a idade, é a força de vontade, o espírito jovial e o sentido de equilíbrio na vida, pelo que se criou um forte sentimento de identificação com este grupo etário e a necessidade de aprofundar, com este trabalho, os poucos conhecimentos acerca do mesmo.

A entidade promotora do estágio, a CMO, encontra-se bem preparada para receber qualquer tipo de estagiário, prestando-lhes todo o apoio necessário, o que ajudou a perceber que é um sentimento de grande segurança, para todos, quando estão reunidas as melhores condições para a elaboração e realização das atividades em pleno.

A atividade/exercício físico, como uma das estratégias centrais utilizadas contra os efeitos debilitantes associados ao envelhecimento, permite o alargamento das potencialidades, limites e possibilidades da pessoa idosa, nomeadamente na sua funcionalidade, qualidade e esperança média de vida. Com base nos resultados obtidos e nos objetivos que foram propostos, conclui-se que as pessoas idosas podem beneficiar da prática regular de um regime de treino de várias componentes, de intensidade baixa a moderada, com benefícios a nível da funcionalidade, do equilíbrio e da prevenção do risco de queda, proporcionando às pessoas mais dependentes de terceiros na realização das tarefas diárias um sentido de maior independência, mais autoestima, gosto pela vida e, deste modo, maior qualidade de vida.

Considerando que a população portuguesa está cada vez mais envelhecida, e que a nova realidade são as instituições de apoio às pessoas idosas, torna-se necessário intervir nesta realidade, através não apenas da preparação de profissionais da área de desporto, mas também da implementação de programas de intervenção para a promoção da atividade física, de modo a reduzir o sedentarismo e a morbilidade. Para conseguir

atingir estes objetivos, é necessário investir, financeiramente, e a nível de recursos humanos bem qualificados, para enfrentar os desafios que aparecem no trabalho com esta faixa etária, tão problemática mas tão recompensadora.

A nível nacional, regional e local, os agentes políticos deveriam promover intervenções para uma melhoria do estilo de vida da população, particularmente da população idosa.

VIII – Referências

ACSM - New Preparticipation Health Screening Recommendations from ACSMs Guidelines for Exercise Testing and Prescription, disponível em <http://journals.lww.com/acsm>, consultado online a 14 março 2017

ACSM'S Guidelines for Exercise Testing and Prescription, 2013, NINTH EDITION, Lippincott, Williams & Wilkins, USA, 204 e seguintes

ALMEIDA, H., (2012). Biologia do envelhecimento: Uma introdução. In PAÚL, Constança e RIBEIRO, Óscar, (2012) (Coord) *Manual de Gerontologia*, Lisboa e Porto: Edição Lidel 21-25

CARDOSO, J. (2004). Sexualidade e Envelhecimento. *Sexualidade & Planeamento Familiar, Associação para o Planeamento da Família, (APF)*, (38/39), 7-13

CARVALHO & MOTA (2012). O exercício e o envelhecimento. In PAÚL, Constança e RIBEIRO, Óscar, (2012) (Coord) *Manual de Gerontologia*, Lisboa e Porto: Ed. Lidel 70-88

CARVALHO, J., & SOARES, J. (2004). Envelhecimento e força muscular. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 4 (3), 79-93

COSTA, M, ROCHA L., & OLIVEIRA S., (2012). Educação em saúde, *Revista Lusófona de Educação*, 22, 123-140

DUARTE, Y, A. O.; ANDRADE, C. L.; LEBRÃO, M. L. *O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos*. Revista Escola Enfermagem/USP, 41(2):317-25, 2007. Disponível em http://hygeia.fsp.usp.br/sabe/Artigos/Indice_de_Katz_na_avaliacao_da_funcionalidade.pdf. Consultado online a 30/11/2017

GUIMARÃES, L. H. C. T., GALDINO, D. C. A., MARTINS, F. L. M.; ABREU, S. R., LIMA, M., VITORINO, D. F. M. (2004) Avaliação da Capacidade Funcional de Idosos em Tratamento Fisioterapêutico. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 12, n. 3, jul./set.

2004. Disponível em www.unifesp.br/dneuro/neurociencias/vol12_3/capacid_funcional. Consultado *online* em 3 março 2017

HENRY, C., WEBSTER-GANDY, J., VARAKAMIN, C., (2001). Comparasion of physical activity levels into contrasting elderly populations in Thailand. *American Journal of Human Biology*, 13: 310-315.

HUPIN, D., ROCHE, F., GREMEAUX, V., CHATARD, J., ORIOL, M., GASPOZ, EDOUARD, P. (2015). Even a low-dose of moderate-to-vigorous physical activity reduces mortality by 22% in adults aged ≥ 60 years: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 49 (19)

JESUINO, J.C. (2012). *Imagens da Velhice*. In: Tura LFR, Silva AS. Envelhecimento e representações sociais. Rio de Janeiro, Brasil: Quartel Editora 51-67

LAKES, K. MARVIN, S. ROWLEY, J. SAN NICOLAS, M. ARASTOO, S. VIRAY, L. OROZCO, A. JURNAK, F. (2016) Dancer perceptions of the cognitive, social, emotional, and physical benefits of modern styles of partnered dancing. *Complimentary therapies in medicine*, 26, 117-122.

LOBO, A., SANTOS, P., CARVALHO, J., MOTA, J., (2008). Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of life in Portuguese institutionalized elderly. *Geriatrics & Gerontology International*, 8: 284-290.

LUCAS, R. E., & DIENER, E. (2008). Personality and subjective well-being. In O. P. John, R. W. Robins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3rd ed., pp. 795-814). New York, NY: Guilford. Consultado *online* a 30/01/2017 – Google scholar.

MAZO, G., Marize, L., & Benedetti, T. (2004). *Atividade física e o idoso: concepção gerontológica* (2^a ed.). Porto Alegre: Sulina

MAZO, GZ, Liposcki DB, Ananda C, Prevê D (2007). Condições de saúde, incidência de quedas e nível de atividade física dos idosos. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(6): 437-442.

MELLO, Rosane Garstka de; BAGNARA, Ivan Carlos. (2011) A importância de atividades físicas recreativas adaptadas para grupos de terceira idade. EFDeportes.com, *Revista Digital. Buenos Aires*, Ano 16, Nº155, Disponível em <http://www.efdeportes.com/efd155/atividades-fisicas-adaptadas-para-terceira-idade.htm>, consultado online a 1/2/2017

MURPHREE, Jackie L. e NEIGHBORS, Marianne (2009), A População Idosa, in MONAHAN, Frances Donovan, *Enfermagem Médico-cirúrgica PHIPPS: Perspetivas de Saúde e Doença*, 8.ª Edição, Volume I, Lusodidacta.

OMS – Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015), - disponível em <http://www.app.com.pt/relatorio-mundial-de-envelhecimento-e-saude-da-organizacao-mundial-da-saude-oms-2015>, consultado online a 30/01/2017

PAÚL, Constança e RIBEIRO, Óscar, (2012) (Coord) Manual de Gerontologia, Lisboa e Porto: Edição. Lidel

PINTO, Anabela Mota e BOTELHO, Maria Amália (2007), Fisiopatologia do Envelhecimento, in PINTO, Anabela Mota (coord.) (2007), *Fisiopatologia, Fundamentos e Aplicações*, Lisboa e Porto: Edição. Lidel., 493-499

PONT, P. & CARROGIO, M. (2007). *Ejercicios de motricidade y memoria ara personas mayores: propuesta de un programa de intervencion*. Barcelona: Paidotribo

PORTAL da CMO <http://www.ourem.pt/index.php/investir-em-ourem/caraterizacao-do-territorio>, disponível e consultado online a 25 de fevereiro de 2017

PORTAL do INE, (10/7/2015), disponível em www.ine.pt, consultado online a 23/01/2017

PORTO, Jeferson Corrêa. (2008) *Longevidade: atividade física e envelhecimento*. Maceió: Edufal

RIKLI, R.E., Jones, C.J., 2001. Senior Fitness Test Manual, 2nd Edition, Human Kinetics Publishers, Champaign, IL,

ROBERTS, C. E., PHILLIPS, L. H., COOPER C. L., GRAY, S., ALLAN, J. L., (2017) Effect of Different Types of Physical Activity on Activities of Daily Living in Older Adults: Systematic Review and Meta-Analysis *PHYSICAL ACTIVITY AND ADL IN*

OLDER ADULTS. *Journal of Aging and Physical Activity*. 2017 Feb 9:1-94. Disponível em <http://eprints.gla.ac.uk/136990/1/136990.pdf>, consultado online a 9 março 2017

SHIN, Juh Hyun, (2016) *Evaluation of an Exercise Program for Older Adults in a Residential Environment*, RN, Association of Rehabilitation Nurses, College of Nursing, Ewha Womans University, Seoul, Korea, 1-9

SPIRDUSO, W. W., Francis, K. L., & MacRae, P. G. (2005). *Physical Dimensions of Aging*. Champaign: Human Kinetics Publishers

VERÍSSIMO, R. (2002), (Ed.). *Desenvolvimento psicossocial (Erik Erickson)*. Porto, Faculdade de Medicina do Porto, – disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/9133/2/76586.pdf> Consultado online a 24/01/2017

WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*;– Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8560308> Consultado online a 29/01/2017

WOOD R, Gardner R, Ferachi K, King C, Ermolao A, Cherry K, Cress M, Jazulinski S (2005). Physical Function and Quality of life in older adults: Sex differences. *Southern Medical Association*, (504-512).

Anexo I

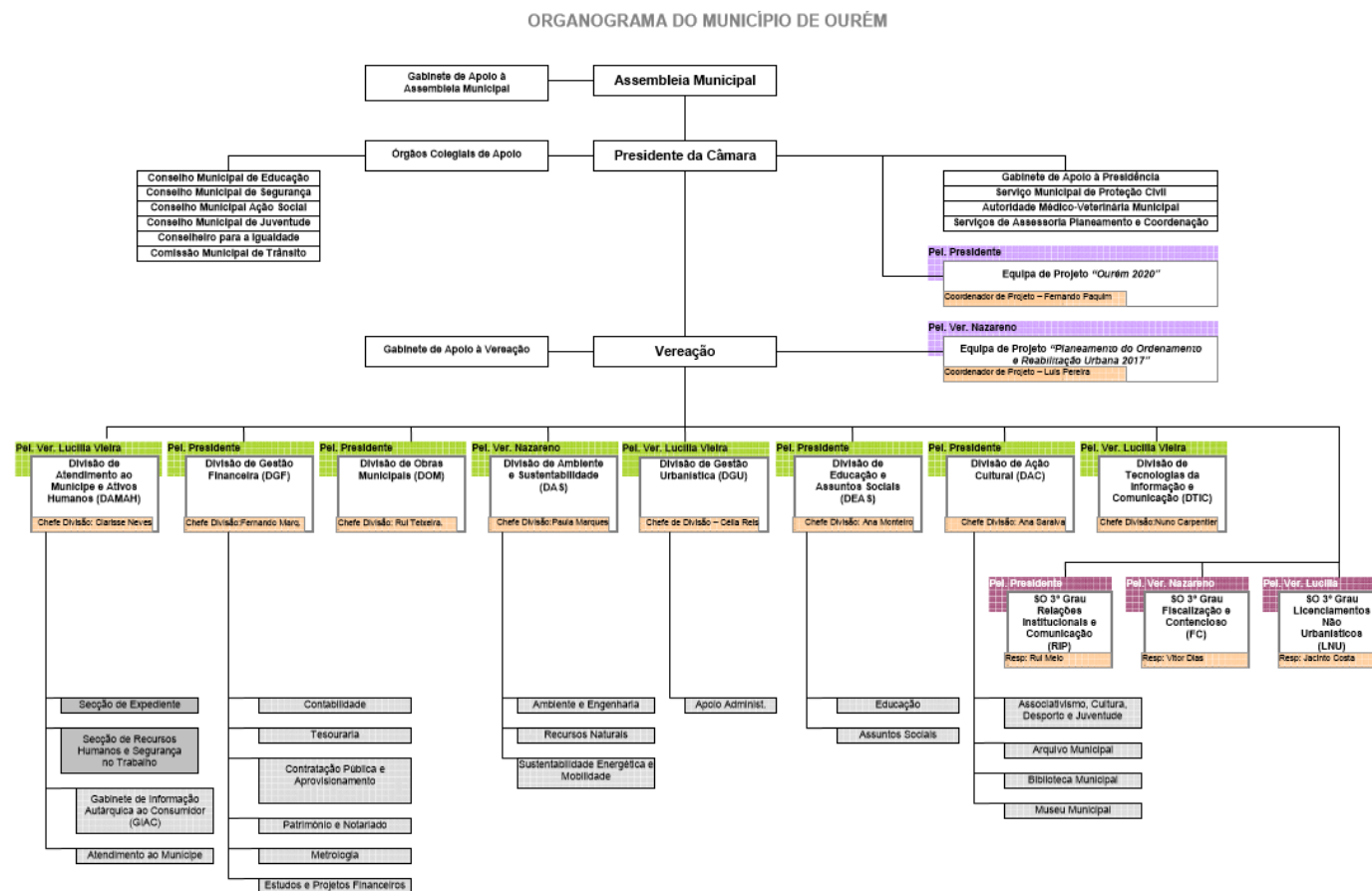


FIGURA 2 - ORGANOGRAMA DO MUNICÍPIO DE OURÉM

Anexo II

TABELA 4 – PROGRAMA DE DESPORTO DO MUNICÍPIO

“Mexa-se com a idade”	“Marcha e corrida”	“Passo a passo”	“Parque ANIMA”	“Dia Mundial da Atividade Física”
<p>“Programa de combate ao sedentarismo e promoção de um estilo de vida ativo na idade sénior, destinado a utentes residentes em lares/centros de Dia (IPSS) Deslocações gratuitas a Centros de Dia/Lares de Idosos”</p>	<p>“O Centro Marcha e Corrida de Ourém resulta da adesão do Município de Ourém ao programa nacional de marcha e corrida promovido pelo Instituto Português do Desporto e da Juventude, pela Federação Portuguesa de Atletismo e pela Faculdade de Desporto da Universidade do Porto. A Câmara Municipal de Ourém associa-se a este programa com o objetivo de proporcionar a toda a população mais e melhores condições para a prática de exercício físico.”</p>	<p>“Se pretende manter a boa forma, melhorar a sua saúde, controlar o peso ou talvez recuperar de um período de menor motivação, a caminhada pode ajudar! Caminhar é uma atividade que pode ser realizada por pessoas de todas as idades. É uma atividade gratuita que se adapta a qualquer estilo de vida.”</p>	<p>Trata-se de animação desportiva no parque da cidade – Parque António Teixeira – que decorre durante 4 meses, 4 dias por semana com diferentes actividades.</p>	<p>O Dia Mundial da Atividade Física celebra-se a 6 de Abril.</p> <p>Este dia visa promover a prática de atividade física junto da população, assim como mostrar os benefícios do exercício físico.</p>
<p>Irá ser posto em prática em 10 lares de idosos. Terei que fazer a planificação das aulas e a sua lecionação. Será 1x por mês devido ao programa ser gratuito (tendo uma grande adesão) e apenas à existência de 2 técnicos não se podendo desdobrar em mais que 2 instituições ao mesmo tempo.</p>	<p>Realizar-se-á no Parque Dr. António Teixeira (parque ao ar livre) tendo as instalações do IPDJ espaço jovem em Ourém para a prática da parte final (alongamentos e trabalho de força) ou mesmo em dias em que o tempo não permita exercitar ao ar livre. Será 3x por semana, horário ainda a definir por mim</p> <p>Este projeto será uma junção com o projeto passo a passo pois ambos têm a mesmo objetivo.</p>	<p>Este programa será junto com o programa de marcha e corrida.</p>		<p>Terei que planear actividades para este dia assim como apelar à população para a prática de exercício (tanto a nível de encorajamento para a prática no dia como num futuro) apelando às numerosas vantagens para a saúde. Meios de divulgação</p>
Definir todo o material necessário				

Anexo III

AVALIAÇÃO DA APTIDÃO FÍSICA - RELATÓRIO

Nome: _____ Idade: _____ DATA: ____/____/____

O Sedentarismo (inatividade física) é hoje um dos fatores de risco mais relevantes em toda a mundo. Em Portugal, os dados apontam para uma percentagem de população inativa próxima dos 70%, o que constitui um grave problema de saúde pública no nosso país.

A atividade física está diretamente relacionada com um aumento da qualidade de vida associada ao risco à prevenção e recuperação de diversos doenças. Atividade física, previne-se problemas cardiovasculares, alguns tipos de cancro, diabetes, osteoporose e estrogénios, queixas em pessoas idosas, obesidade e algumas doenças da fase psicológica (depressão e ansiedade).

Após ter concluído todos testes, os seus resultados foram:

APTIDÃO AERÓBIA

ANIMA 6 MINUTOS

Os Meus Resultados

Minutos

Encontro-me:

☐ Dentro da Zona Saudável
 ☐ Preciso Melhorar

Uma aptidão aeróbia elevada pode proporcionar a realização das tarefas da vida diária de uma forma independente, além de poder estar associado a um maior risco para a saúde do sistema cardiovascular e respiratório.

FORÇA E RESISTÊNCIA MUSCULAR

FLEXÃO DO ANTEBRANÇO

Os Meus Resultados

Reps./30s

Encontro-me:

☐ Dentro da Zona Saudável
 ☐ Preciso Melhorar

LEVANTAR E SENTAR DA CADERA

Os Meus Resultados

Reps./30s

Encontro-me:

☐ Dentro da Zona Saudável
 ☐ Preciso Melhorar

Tal como a aptidão aeróbia, uma força muscular elevada pode igualmente proporcionar a realização de algumas tarefas da vida diária e encontrar-se associada a um maior risco para a ocorrência de quedas e de osteoporose.

FLEXIBILIDADE

SENTAR E ALCANÇAR

Os Meus Resultados

Centímetros

Encontro-me:

☐ Dentro da Zona Saudável
 ☐ Preciso Melhorar

ALCANÇAR ATRÁS DAS COSTAS

Os Meus Resultados

Centímetros

Encontro-me:

☐ Dentro da Zona Saudável
 ☐ Preciso Melhorar

A flexibilidade é particularmente importante para uma boa mobilidade (beber, vestir, alcançar, parar, andar e subir um degrau), manipulação de objetos (limpar um fecho atrás das costas, colocar ou remover um objecto numa zona acima da cabeça, puxar o cinto de segurança), para além de ser um fator de proteção para os discos nas costas.

AGILIDADE E EQUILÍBRIO

SENTAR, GANHAR 2,44 M, VOLTAR E SENTAR (AGILIDADE)

Os Meus Resultados

Segundos

Encontro-me:

☐ Dentro da Zona Saudável
 ☐ Preciso Melhorar

BEQUILIBRO

Os Meus Resultados

Segundos

Encontro-me:

☐ Dentro da Zona Saudável
 ☐ Preciso Melhorar

Um bom equilíbrio e uma boa agilidade estão relacionados com um bom funcionamento e interação de diversos sistemas, nomeadamente, sensorial, cognitivo e motor e é fundamental para a realização das tarefas da vida diária, das mais básicas, como andar, vestir-se, etc., às mais instrumentais como, preparar uma refeição, limpar a casa, fazer compras, etc.

Zona Saudável

Idade	65-64		55-64		70-74		75-79		80-84		85-89		90-97	
	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
Andar 6 minutos (m)	>622	>572	>594	>553	>567	>530	>538	>382	>405	>466	>420	>411	>368	
Flexão do antebraço (reps)	>18	>17	>18	>17	>17	>18	>18	>15	>15	>14	>13		>11	
Levantar e sentar (reps)	>17	>15	>16	>15	>15	>14	>14	>13	>13	>12	>11		>9	
Beber e alcançar (m)	H: >14,3 ; M: >13,1													
Alcançar atrás das costas (m)	H: >14,3 ; M: >13,1													
Agilidade (s)	<9,8	<9,8	<9,1	<8,3	<8,8	<8,6	<8,5	<8,0	<8,4	<8,5	<7,3		<6,6	
Equilíbrio (segundos)	>30													

FIGURA 3 – RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DA APTIDÃO FÍSICA

Anexo IV

TABELA 5 – PROPOSTA DE SESSÃO DE EXERCÍCIO I

Plano da sessão 1		População alvo (faixa etária):		Local:		
		Hora:	Duração: 45 minutos	Data: . .		
Parte Inicial						
Exercício	Descrição			Objetivos específicos	Organizaçã o	Observaçõ es
Aquecimento articular, muscular	Alunos em círculo, irão realizar exercícios de respiração e mobilização articular: 1. Exercício respiratório 2. Movimento da cabeça 3. Rotação dos ombros 4. Esticar os ombros 5. Círculo com os braços 6. Levantar os calcanhares			<ul style="list-style-type: none">• Aumentar a frequência cardíaca;• Elevar a temperatura corporal;• Lubrificar as articulações		10'
Parte Principal						
Exercício	Descrição		Objetivos específicos		Organização	Observaç ões
Força	7. Flexão/extensão da perna c/ intuito da ativação do quadricípite; 8. Flexão/extensão do braço c/ intuito da ativação do bicípite (bicípite curl); 9. Adução/abdução da coxa c/ intuito da ativação da coxa e glúteos;		<ul style="list-style-type: none">• Fortalecimento do sistema músculo-esquelético (coxa/abdominais)• Força, resistência e tônus muscular• Prevenção de osteoporose; infeções; dores musculares e articulares; alterações posturais e atroses			15'

	10. Elevação dos MS à frente em extensão; 11. Movimentos combinados entre MI e MS;			
Mobilidade/ coordenação	12. Passar a bola/mola... entre si fazendo a rotação do tronco	<ul style="list-style-type: none"> • consciencialização corporal • mobilidade articular • coordenação • relaxamento • atenção 	Dependendo da disposição dos alunos, troca o sentido	8'
Retorno à calma				
Exercício	Descrição	Objetivos específicos	Organização	Observações
Alongamentos (flexibilidade) dos músculos mais solicitados durante a aula	13. Pernas fletidas, juntar as plantas dos pés e tentar chegar o mais à frente possível. 14. Membros inferiores em extensão e afastados, fazer flexão do tronco e ir o mais à frente possível. 15. O mesmo exercício mas tocar com as duas mãos na mesma perna. 16. Pernas paralelas, semi-fletidas, pressionar o cotovelo contra o tronco, com a ajuda no cotovelo. 17. Uma perna fletida e a outra em extensão e em abdução, com os pés virados para a frente inclinar o tronco de modo a apoiar-se no joelho do MI fletido. 18. Exercícios de relaxamento: inspiração e expiração	Diminuição dos problemas posturais	Sentados	6'

TABELA 6 - PROPOSTA DE SESSÃO DE EXERCÍCIO II

Plano da sessão 2		População alvo (faixa etária):		Local:	
		Hora:	Duração: 45 minutos	Data: . .	
Parte Inicial					
Exercício	Descrição		Objetivos específicos	Organizaç ão	Observações
Aquecimento articular, muscular	Alunos em círculo, irão realizar exercícios de respiração e mobilização articular: 1. Exercício respiratório 2. Movimento da cabeça 3. Rotação dos ombros 4. Esticar os ombros 5. Círculo com os braços 6. Levantar os calcanhares		<ul style="list-style-type: none">• Aumentar a frequência cardíaca;• Elevar a temperatura corporal;• Lubrificar as articulações		10'
Parte Principal					
Exercício	Descrição		Objetivos específicos	Organização	Observações
Força	7. Flexão/extensão da perna c/ intuito da ativação do quadrícipite; 8. Adução e abdução dos MS c/ intuito da ativação do deltóide e grande dorsal; 9. Extensão/Flexão do antebraço c/ flexão do braço c/ intuito da ativação do tríceps (tríceps francês) 10. Fazer a extensão dos MI quando fletidos com um arco 11. Puxar elástico ao peito (costas); 12. Quadríceps (sentar/levantar);		<ul style="list-style-type: none">• Fortalecimento do sistema músculo-esquelético (coxa/abdominais)• Força, resistência e tônus muscular• Prevenção de osteoporose; infeções; dores musculares e articulares; alterações posturais e atroses		15'

Mobilidade/ coordenação	13. Basket adaptado: Encontram-se sentados e tentam acertar com as bolas no alvo indicado (cesto)	<ul style="list-style-type: none"> • Força, resistência e tónus muscular • consciencialização corporal • mobilidade articular • coordenação • relaxamento • atenção 		9'
Retorno à calma				
Exercício	Descrição	Objetivos específicos	Organização	Observações
Alongamentos (flexibilidade) dos músculos mais solicitados durante a aula	14. Pernas flectidas, juntar as plantas dos pés e tentar chegar o mais à frente possível. 15. Membros inferiores em extensão e afastados, fazer flexão do tronco e ir o mais à frente possível 16 O mesmo exercício, mas tocar com as duas mãos na mesma perna 17 Pernas paralelas, semi-flectidas, pressionar o cotovelo contra o tronco, com a ajuda no cotovelo 18 uma perna flectida e a outra em extensão e em abdução, com os pés virados para a frente inclinar o tronco de modo a apoiar-se no joelho do MI flectido. 19 Exercícios de relaxamento: inspiração e expiração	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição dos problemas posturais 	Sentados	6'

Anexo V

FUNCIONALIDADE, MOBILIDADE E RISCO DE QUEDA

NOME: _____ IDADE: _____ DATA: ____/____/____

Indique a sua capacidade para realizar as seguintes tarefas. A sua resposta deve indicar se normalmente consegue realizar as atividades mesmo que não as consiga realizar neste momento:

	Consegue	Consegue com dificuldade ou ajuda	Não consegue
1. Cuidar de si próprio (ex. vestir-se sozinho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tomar banho (imersão ou duche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Subir e descer um lance de escadas (até ao 1º andar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ir à rua e caminhar um ou dois quarteirões (100-200 metros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Realizar tarefas domésticas leves (cozinhar, limpar o pó, lavar a loiça, varrer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fazer compras (mercearia e ou vestuário)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Caminhar cerca de 800 metros (6 a 7 quarteirões)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Caminhar cerca de 1600 metros (12 a 14 quarteirões)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Segurar e transportar cerca de 5 kg (saco cheio de mercearias)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Segurar e transportar cerca de 12 kg (mala de viagem média a grande)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Realizar atividades domésticas exigentes (esfregar o chão, aspirar, varrer o jardim)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Realizar atividades muito exigentes (fazer longas caminhadas, cavar, transportar objetos pesados, andar de bicicleta, fazer ginástica, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PONTUAÇÃO PARA A FUNCIONALIDADE:

ELEVADA ☐MODERADA ☐BAIXA ☐

FIGURA 4 – QUESTIONÁRIO SOBRE FUNCIONALIDADE, MOBILIDADE E RISCO DE QUEDA